



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **Literacia em Saúde no Doente Diabético Tipo 2 e Utilização de Cuidados de Saúde**

XIV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Ricardo Miguel Farinha Lopes**

**Novembro, 2020**



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **Literacia em Saúde no Doente Diabético Tipo 2 e Utilização de Cuidados de Saúde**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do  
grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da  
Prof. Ana Rita Goes

**Novembro, 2020**



## **AGRADECIMENTOS**

Quero começar por dizer que este percurso foi efetuado com muitos desafios e com grandes dificuldades por inúmeras razões pessoais e de saúde. Contudo foram ultrapassados todos os obstáculos. Foi determinante a presença de pessoas durante este percurso, que estiveram presentes durante esta etapa, incentivando-me sempre a continuar a lutar e a acreditar na concretização do mesmo. Com isto quero dar agradecimentos:

Aos meus pais pela paciência e apoio incondicional, família e amigos, colegas de trabalho, à minha grande amiga Maria João, Diretora de Enfermagem Manuela Marques e Isabel Peres que foram determinantes para a elaboração do estudo. À Enf.<sup>a</sup> Dulce do Ó, pela sua disponibilidade; um agradecimento à minha orientadora pela paciência, incentivo e apoio prestado; agradecimento muito especial à minha amiga e colega Susana Gaspar e Miguel Peralta, que marcaram sem dúvida este percurso, pela sua disponibilidade, apoio que fez toda a diferença nesta etapa importante da minha vida. Igualmente um carinho muito especial à minha grande amiga Mafalda Dias, que sem dúvida teve paciência para ouvir os meus desabafos.

**Resumo:** O aumento das doenças crônicas consiste num dos grandes desafios a que os sistemas de saúde globais estão sujeitos, a sua prevalência e o seu impacto estão a aumentar em todo o mundo. O envelhecimento da população, a alteração dos ambientes nutricionais e os baixos níveis de atividade física têm colocado cada vez mais pessoas em risco de desenvolver diabetes tipo 2, verificando-se um aumento da sobrecarga dos sistemas de saúde associada a esta doença. Na área da diabetes mellitus, o seu conhecimento e formas de prevenção são importantes para a manutenção de saúde da pessoa, ao qual existe é grande importância a relação entre literacia em saúde e diabetes. Sabemos que a sobrecarga da diabetes traz, implicações, não só em termos de custos para a saúde, mas também da deteção e tratamento de complicações. A literacia em saúde apontada como um fator importante para a compreensão da autogestão da diabetes, níveis mais baixos de literacia em saúde, com pior autogestão da doença, pior controlo glicémico e utilização menos eficiente dos cuidados de saúde. A utilização dos cuidados para o tratamento da doença é afetada pelos conhecimentos da diabetes tipo 2, em relação aos níveis de literacia em saúde.

**Objetivos:** Analisar a relação entre a literacia em saúde no doente com diabetes tipo 2 e a utilização dos cuidados de saúde

**Metodologia:** Estudo quantitativo, de delineamento transversal, correlacional, assente na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com recurso a dois instrumentos para a recolha de dados, o instrumento questionário de dados sociodemográficos e de saúde e um questionário sobre literacia em saúde HLQ.

**Resultados:** Os níveis de LS são moderados. Correlações negativas para as complicações da diabetes em relação à LS. Níveis baixos de LS com maior número de complicações. Reporte em mais de 80% dos participantes para consultas de especialidades médicas. Verificou-se que o número de consultas no MGF é superior para indivíduos com baixos níveis de LS.

**Conclusões:** Identificação de áreas de maior força e fragilidade quanto às competências de literacia em saúde de indivíduos com diabetes tipo 2. Os grupos de maior vulnerabilidade em relação às competências de literacia em saúde, indivíduos mais velhos e com menos escolaridade. A análise da associação entre literacia em saúde e utilização de cuidados. As associações encontradas com o número de consultas apontaram domínios específicos da literacia em saúde que poderão ter um papel particularmente relevante no acesso a cuidados de saúde, sugerindo a importância de apoiar os indivíduos a mobilizar recursos de apoio, a avaliar informação de saúde e a compreender a informação.

**Palavras-Chave:** Internamentos, literacia em saúde; utilização de cuidados, diabetes mellitus 2;

**Abstract:** The increase in chronic diseases is one of the major challenges facing global health systems, its prevalence and impact are increasing worldwide. The aging of the population, changes in nutritional environments and low levels of physical activity have put more and more people at risk of developing type 2 diabetes, with an increase in the burden of health systems associated with this disease. In the area of diabetes mellitus, their knowledge and ways of prevention are important for maintaining the person's health, to which the relationship between health literacy and diabetes is very important. We know that the burden of diabetes has implications, not only in terms of health costs, but also in the detection and treatment of complications. Health literacy identified as an important factor for understanding self-management of diabetes, lower levels of health literacy, with worse self-management of the disease, worse glycemic control and less efficient use of health care. The use of care to treat the disease is affected by the knowledge of type 2 diabetes, in relation to levels of health literacy.

**Objectives:** To analyze the relationship between health literacy in patients with type 2 diabetes and the use of healthcare

**Methodology:** Quantitative, cross-sectional, correlational study, based on the collection and statistical and systematic treatment of data, using two instruments for data collection, the questionnaire of socio-demographic and health data and a questionnaire on health literacy HLQ.

**Results:** LS levels are moderate. Negative correlations for diabetes complications in relation to LS. Low levels of LS with a higher number of complications. Report to more than 80% of participants for medical specialties. It was found that the number of consultations in FGM is higher for individuals with low levels of LS.

**Conclusions:** Identification of areas of greatest strength and fragility regarding the health literacy skills of individuals with type 2 diabetes. The most vulnerable groups in relation to health literacy skills, older and less educated individuals. Analysis of the association between health literacy and care use. The associations found with the number of consultations pointed to specific domains of health literacy that may have a particularly relevant role in accessing health care, suggesting the importance of supporting individuals to mobilize support resources, to evaluate health information and to understand the information.

**Key words:** Hospitalizations, health literacy; care use, diabetes mellitus 2;

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	14
2.1. DIABETES .....	14
2.1.1. O problema no Mundo e em Portugal.....	16
2.1.2. O tratamento e autogestão .....	18
2.1.3. As exigências .....	19
2.1.4. Utilização de cuidados de saúde na diabetes tipo 2 .....	20
2.2. LITERACIA EM SAÚDE .....	22
2.2.1. Conceito de literacia em saúde .....	23
2.2.2. Literacia em saúde em Portugal e no Mundo .....	28
2.2.3. Modelos explicativos.....	31
2.2.4. Instrumentos de avaliação.....	32
2.2.5. Literacia em saúde e utilização de cuidados de saúde .....	33
2.2.6. Literacia em saúde e diabetes .....	33
2.2.7. Literacia em saúde e utilização de cuidados na diabetes tipo2.....	34
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	37
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	37
3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	37
3.3. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	37
3.3.1. Objetivo Geral.....	38
3.3.2. Objetivos Específicos .....	38
3.4. DESENHO DO ESTUDO .....	38
3.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	39
3.6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	39
3.7. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	39
3.8. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	40
3.8.1. Questionário de dados sociodemográficos e de saúde.....	42
3.8.2. Health Literacy Questionnaire (HLQ).....	42

3.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
3.10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	44
4. RESULTADOS .....	45
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	45
4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	46
4.3. NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE .....	46
4.4. LITERACIA EM SAÚDE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS .....	47
4.5. UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....	50
4.6. UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	51
4.7. LITERACIA EM SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....	53
5. DISCUSSÃO .....	56
5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	56
5.2. PRINCIPAIS LIMITAÇÕES .....	59
6. CONCLUSÕES .....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXO I.....	71
AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS .....	71
ANEXO II.....	74
CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO .....	74
ANEXO III.....	75
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE .....	75
ANEXO IV.....	77
QUESTIONÁRIO HLQ.....	77



## Índice de tabelas

Tabela 1 - Variáveis em estudo – Caracterização Sociodemográfica.....	40
Tabela 2 - Variáveis em Estudo: Domínios/Dimensões de Literacia em Saúde .....	41
Tabela 3 - Variáveis dependentes e variáveis independentes .....	42
Tabela 4 - Características dos participantes (n=227).....	45
Tabela 5 - Frequências para a Hemoglobina Glicada (HbA1c).....	46
Tabela 6 - Frequências sobre os Problemas de Saúde Associados à Diabetes Tipo 2 .....	46
Tabela 7 - Frequências para a Qualidade de Saúde.....	46
Tabela 8 - Nove Domínios da Literacia em Saúde - HLQ .....	47
Tabela 9 - Comparação das médias e o desvio padrão entre as características dos participantes e os domínios da literacia para a saúde .....	49
Tabela 100 - Análise Descritivas da Utilização dos Cuidados .....	50
Tabela 111 – Número de consultas de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas.....	53
Tabela 12- Comparação dos níveis de literacia em saúde de acordo com a ocorrência de internamentos na utilização de cuidados e os domínios da literacia para a saúde. 54	
Tabela 13 - Correlações entre os níveis de literacia em saúde e o número de consultas .....	55

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

APDP (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal)

CID (Classificação Internacional de Doenças)

DM (Diabetes Mellitus)

DMII (Diabetes Mellitus tipo 2)

DGS (Direção Geral de Saúde)

HLQ (Health Literacy Questionnaire)

IDF (International Diabetes Federation)

LS (Literacia em Saúde)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

SNS (Sistema Nacional de Saúde)

SCML (Santa Casa Misericórdias Lisboa)

WHO (World Health Organization. Regional Office for Europe)

## 1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios a que os sistemas de saúde globais estão sujeitos, nomeadamente devido ao envelhecimento da população, relaciona-se com aumento das doenças crónicas, uma vez que a sua prevalência, assim como as comorbilidades e incapacidades associadas, estão a aumentar em todo o mundo (WHO, 2016). Este aumento traduz-se numa maior utilização e necessidade de cuidados de saúde (Werblow, Felder e Zweifel, 2007).

O envelhecimento da população, a alteração dos ambientes nutricionais e os baixos níveis de atividade física têm colocado cada vez mais pessoas em risco de desenvolver diabetes tipo 2, verificando-se um aumento da sobrecarga dos sistemas de saúde associada a esta doença (International Diabetes Federation, 2015). O número de pessoas com diabetes tem vindo a aumentar substancialmente, nestas últimas décadas. A prevalência global de diabetes entre adultos acima de 18 anos aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014. A OMS estima que a diabetes foi a sétima principal causa de morte em 2016 (WHO, 2018). Em Portugal, a prevalência da diabetes na faixa etária entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, correspondendo deste modo a mais de 1 milhão de portugueses nessa faixa etária (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A sobrecarga da diabetes traz implicações, não só em termos de custos para a saúde, mas também da deteção e tratamento de complicações, que têm também impacto para os custos indiretos em saúde, uma vez que as suas complicações são as que mais contribuem para a mortalidade prematura, deficiência e absentismo. As preocupações pessoais sobre o desenvolvimento de complicações futuras e o impacto na qualidade de vida também contribuem significativamente para os custos intangíveis da doença, que resulta de preocupação, ansiedade, desconforto, dor, perda de independência e uma série de outras características não financeiras, mas importantes da vida da pessoa com diabetes (International Diabetes Federation, 2015). As consequências inerentes à diabetes podem ser evitadas, retardadas e contribuir favoravelmente para o seu tratamento (WHO, 2018). A diabetes tipo 2 está associada a uma maior utilização de cuidados de saúde, traduzindo-se em custos avultados. A utilização de cuidados de saúde relaciona-se com diferentes características, o estado de saúde da pessoa, assim como a disponibilidade existente da oferta do tipo de cuidados de saúde (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal, Lourenço e Ferreira, 2012). No caso da diabetes tipo 2, uma melhor gestão da doença permitirá uma utilização de cuidados mais eficiente.

Sendo a diabetes uma preocupação global significativa em saúde pública, o baixo conhecimento da doença, assim como a utilização dos serviços de saúde estão

intimamente, associados a piores resultados de saúde, contribuindo para o aumento da carga de diabetes em muitos países em desenvolvimento (Siddique *et al.*, 2017). A utilização dos cuidados para o tratamento da doença é afetada pelos conhecimentos da diabetes tipo 2 (Siddique *et al.*, 2017)

A compreensão dos fatores que influenciam o surgimento da diabetes tipo 2 bem como o seu curso e resultados é essencial para o desenvolvimento de intervenções preventivas, que permitam evitar o surgimento da doença, mas também manter a saúde e qualidade de vida das pessoas afetadas. A prevenção e o tratamento desta condição consistem em manter uma dieta saudável, a prática regular de atividade física, controlo do peso, entre outros fatores e hábitos de vida saudáveis essenciais. Para os indivíduos com diabetes tipo 2, o regime de tratamento é complexo, envolvendo alterações no estilo de vida, monitorização da glicémia e terapêutica farmacológica (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). Esta complexidade justificará as dificuldades que os indivíduos parecem ter na autogestão da doença e alcance das metas de controlo da doença. Tem sido apontado que, para melhorar os resultados em saúde associados à diabetes, será necessário aumentar a literacia em saúde dos cidadãos, novas formas de educação, reforço dos profissionais de saúde, melhor gestão e uso apropriado de medicamentos, assegurar tecnologias de saúde mais acessíveis e de qualidade e informações de saúde mais consistentes (WHO, 2015; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012).

A literacia em saúde tem sido apontada como um fator importante para a compreensão da autogestão da diabetes. Alguns trabalhos têm associado níveis mais baixos de literacia em saúde com pior autogestão da doença, pior controlo glicémico e utilização menos eficiente dos cuidados de saúde. Contudo, os resultados da literatura não são completamente consistentes (Nam *et al.*, 2011).

Este trabalho de investigação pretende explorar o papel da literacia em saúde nos resultados da diabetes tipo 2, nomeadamente em indicadores de utilização de cuidados de saúde.

O trabalho encontra-se organizado em 5 capítulos. No primeiro é apresentado o enquadramento geral teórico, em que é abordado o tema de investigação, a diabetes tipo 2 e literacia em saúde na utilização dos cuidados. Inicia com a descrição da diabetes no mundo e em Portugal, o seu tratamento, exigências e utilização de cuidados. Segue-se o conceito de literacia em saúde, em Portugal e no mundo, os modelos explicativos e instrumentos de utilização, utilização de cuidados. O enquadramento teórico termina com a utilização de cuidados na diabetes e literacia em saúde. O segundo capítulo descreve a metodologia que é utilizada neste estudo. O terceiro capítulo surgem os

principais resultados e no capítulo seguinte a discussão dos mesmos, de acordo com toda a evidencia científica pesquisada. No último capítulo surgem as principais conclusões de todo este estudo.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Um dos maiores desafios do Século XXI a que os sistemas de saúde globais estão sujeitos está relacionado com aumento das doenças crónicas, uma vez que a sua prevalência e o seu impacto estão a aumentar em todo o mundo (WHO, 2016).

As principais causas de morte prematura e incapacidade evitável na Europa são conhecidas, assim como intervenções eficazes para prevenir e controlar muitas delas. Dois terços das mortes prematuras são causadas por quatro principais doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas. Por seu turno, os principais fatores de risco associados são o uso de tabaco e álcool, alimentação pouco saudável, pouca atividade física, hipertensão. Pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas, enfartes e diabetes e 40% de cancros poderiam ser prevenidos (WHO, 2016).

A prestação de serviços de saúde depende da função de recursos dos sistemas de saúde, as tendências de crescimento nos gastos globais com saúde, em países com maiores níveis de crescimento económico, têm-se verificado incremento dos seus gastos com saúde (Tello e Barbazza, 2015; WHO, 2016).

Existe o reconhecimento da necessidade de intervenções nas melhorias nos cuidados de saúde para o declínio das taxas de mortalidade em muitos países (Ezzati *et al.*, 2015). Esses cuidados ocorrem em diferentes dimensões, que incluem o domicílio, e necessitam de serviços integrados de saúde (Tello e Barbazza, 2015). Para isso, será necessário aumentar a literacia em saúde dos cidadãos, novas formas de educação, reforço dos profissionais de saúde, melhor gestão e uso apropriado de medicamentos, assegurar tecnologias de saúde mais acessíveis e de qualidade e informações de saúde mais consistentes (WHO, 2015; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012).

### **2.1. DIABETES**

A diabetes mellitus (DM) é uma forma heterogénea de distúrbio metabólico, de múltiplas etiologias, que se caracteriza por uma hiperglicemia crónica, com comprometimento no metabolismo dos lípidos, proteínas e hidratos de carbono, resultantes de deficiências na secreção e/ou ação de insulina, ou de ambas nos tecidos periféricos. Sendo um distúrbio metabólico progressivo crónico é caracterizado pela hiperglicemia devido principalmente à deficiência absoluta (DM tipo 1) ou relativa (DM tipo 2) da hormona insulina (Alberti e Zimmet, 1998). Importante perceber os vários tipos de diabetes, para melhor tratamento e autogestão da mesma, entre os quais a diabetes tipo 1, tipo 2 e

gestacional. A Diabetes Tipo 2, surge quando o organismo não utiliza eficazmente a insulina produzida ou o não produzir insulina suficiente pelo pâncreas. O diagnóstico surge habitualmente após os 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo e muitas vezes associada à obesidade. Além da obesidade a alimentação inadequada, a pouca atividade física, o envelhecimento, história de diabetes a nível familiar, ambiente intrauterino deficitário, a resistência à insulina, etnia são também fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo 2. De acordo com Häussler e Berger, (2004) as pessoas com baixos rendimentos socioeconómicos sofrem até quatro vezes mais frequentemente de diabetes do que pessoas com níveis socioeconómicos mais elevados (Häussler e Berger, 2004). Pode ser assintomática, passar despercebida durante diversos anos, em que o seu diagnóstico efetua-se associado a manifestação de complicações ou através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina. (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Importante perceber que o aumento da prevalência da Diabetes tipo 2 muitas vezes associa-se às diferentes mudanças sociais e culturais, tal como ao envelhecimento populacional, à crescente urbanização, alterações dos hábitos alimentares, à redução da atividade física e à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, bem como a outros padrões comportamentais (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Entre os sintomas mais característicos, destacam-se alterações no peso, visão turva, sede e poliúria. Em situações mais graves pode ocorrer cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetónico, que pode conduzir a letargia, coma ou em situações mais de maior extremo, sem tratamento pode levar à morte. No desenvolvimento da diabetes estão associados diversos mecanismos patogénicos, que destroem as células- $\beta$  do pâncreas com conseqüente deficiência de insulina, e outros que resultam na resistência à ação da insulina. A deficiente ação da insulina nos tecidos alvo deve-se às perturbações nos metabolismos glucídico, lipídico e protídico, que resulta da falta de insulina (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; Wondafrash *et al.*, 2020).

A longo prazo os danos causados pela DM, incluem entre muitos aspetos a falência e disfunção de diversos órgãos. Conduzem ao desenvolvimento progressivo de complicações como a nefropatia, que conduz à insuficiência renal, retinopatia diabética, que potencia a cegueira, neuropatia com crescente risco de ulceração nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonómica, que inclui as disfunções sexuais. A DM contribui também para o aumento do risco de doença vascular periférica, cardiovascular e cerebrovascular. A melhor forma de reduzir as complicações da diabetes e os seus danos é através do controlo rigoroso da hiperglicemia, dislipidémia, hipertensão arterial, entre outros, assim como de uma vigilância periódica

dos órgãos mais sensíveis que podem ser afetados, como a retina dos olhos, nervos, rins, coração, etc. (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

### **2.1.1. O problema no Mundo e em Portugal**

A diabetes mellitus é uma das doenças crónicas mais comuns, e em contínuo crescente, associado às mudanças de estilos de vida, com redução da atividade física e aumento da obesidade. A perceção da compreensão da carga de doença é importante de forma a direcionar recursos comunitários, de saúde e reforçar o papel da alteração dos estilos de vida necessários, além de incentivar medidas para neutralizar tendências para aumentar a sua prevalência (Shaw, Sicree e Zimmet, 2010).

Estudos efetuados em 2010, fazem referência para a existência de 285 milhões de indivíduos pelo mundo com diabetes (Shaw *et al.*, 2010). Em 2015 estimou-se a existência de 415 milhões (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). Já em 2019, estima-se que 463 milhões de pessoas tenham diabetes e esse número deve chegar a 578 milhões em 2030 e 700 milhões em 2045 (International Diabetes Federation, 2015). Verifica-se o crescente de pessoas com diabetes a aumentar em todos os países, além de ser responsável por 5 milhões de mortes em 2015, sendo que a cada seis segundos morre uma pessoa por diabetes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

O número de pessoas com diabetes tem vindo a aumentar substancialmente, em 1980 contavam-se 108 milhões e em 2014 422 milhões. A prevalência global de diabetes entre adultos acima de 18 anos aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014. A sua prevalência tem aumentado mais rapidamente nos países de baixos rendimentos. Lembrar que a diabetes é uma das principais causas de cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, derrame e amputação de membros inferiores. Só em 2016, cerca de 1,6 milhão de mortes foram causadas diretamente por diabetes. Outros 2,2 milhões de mortes foram atribuíveis a valores elevados de glicemia em 2012 que ocorre essencialmente antes dos 70 anos. A OMS estima que a diabetes foi a sétima principal causa de morte em 2016 (WHO, 2018).

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência em 2015 estimada da Diabetes na população portuguesa na faixa etária entre os 20 e os 79 anos, que corresponde a 7,7 milhões de indivíduos, foi de 13,3%, correspondendo deste modo a mais de 1 milhão de portugueses nessa faixa etária. Também o impacto do envelhecimento na mesma faixa etária refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. A prevalência da diabetes nos homens



corresponde a 15,9% e nas mulheres a 10,9%(Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Em Portugal, o número de utentes com diagnóstico principal de diabetes saídos dos internamentos hospitalares do SNS tem diminuído: menos 27,9% entre 2009 e 2015. Por seu turno, o número de utentes saídos dos internamentos hospitalares em que a diabetes surge como diagnóstico associado a outras doenças tem tido um crescimento acentuado, com 82,7% entre 2006 e 2015. Nos utentes com diagnóstico principal de diabetes para internamentos com duração inferior a 24h, apresentou-se um crescimento acentuado nos últimos anos, 2009 e 2015. No que diz respeito à Classificação Internacional de Doenças (CID9), as doenças do Aparelho Circulatório, Doenças das Glândulas Endócrinas que inclui a Diabetes, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do Aparelho Digestivo e Neoplasias representam a grande maioria dos utentes com Diabetes saídos dos internamentos no SNS (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A diabetes que não é diagnosticada atempadamente e que se prolongue no tempo tem efeitos negativos, como o risco do aumento do número de complicações relacionadas com a doença, maior utilização de serviços de saúde e custos relacionados, sendo importante a sua deteção precoce. Em 2019, um em cada dois indivíduos (50,1%), ou 231,9 milhões dos 463 milhões de adultos que vivem com diabetes, não tinham conhecimento da mesma, Dados que reforçam a necessidade de deteção antecipada e melhor triagem da diabetes (International Diabetes Federation, 2015). A sobrecarga da diabetes traz implicações nos custos de saúde de deteção e tratamento de complicações relacionadas com a diabetes, quer sejam complicações agudas ou crónicas. Ambas contribuem significativamente para o aumento de custos diretos com a saúde, onde os internamentos hospitalares são o maior foco. Também contribuem para os custos indiretos em saúde, uma vez que as suas complicações são as mais contribuem para a mortalidade prematura, deficiência e absentismo. As preocupações pessoais sobre o desenvolvimento de complicações futuras e o impacto na qualidade de vida significam que eles também contribuem significativamente para os custos intangíveis da doença, que resulta de preocupação, ansiedade, desconforto, dor, perda de independência e uma série de outras características não financeiras, mas importantes da vida da pessoa com diabetes (International Diabetes Federation, 2015).

Se considerarmos os custos para a saúde, em Portugal, a diabetes foi responsável por 12% dos gastos em saúde (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

De acordo com Estrutura da Despesa de Saúde identificada na área da Diabetes – Estudo CODE-2, corresponde entre 50-60% do total da despesa, com um custo direto

estimado em Portugal em 2014 entre 1 300 – 1 550 milhões de euros. Se for considerado o custo médio das pessoas com Diabetes, de acordo com os valores apresentados pela IDF, no 7.º Atlas Mundial da Diabetes, em 2015 representa um custo de 1 936 milhões de euros, para os indivíduos com Diabetes entre os 20-79 anos. Correspondeu para o mesmo ano a 1% PIB português e 13% despesa da saúde em 2015 (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

### **2.1.2. O tratamento e autogestão**

Apesar das diferentes descobertas científicas e inovadoras para compreender a patologia da diabetes mellitus e desenvolver novas abordagens para a terapia, a problemática da diabetes continua a aumentar e o tratamento permanece abaixo do padrão necessário. (Saaddine *et al.*, 2006)

A prevenção inclui uma dieta saudável, a atividade física regular, a manutenção do peso corporal normal, controle dos hábitos tabágicos, de forma a retardar o aparecimento da doença (WHO, 2018).

O controle da Diabetes é essencial para a homeostasia do organismo. Nesse controlo os níveis de glicose no sangue devem estar dentro de determinados limites, o mais próximo do recomendado, ao que valores de glicemia de cada pessoa são importantes em jejum e depois das refeições, devendo ter em conta a idade, atividade, estilo de vida e outras comorbilidades. (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). O controlo da glicemia pode ser efetuado através de testes de glicemia capilar, através da picada no dedo de forma a medir os “valores de açúcar no sangue”, também pela avaliação analítica da hemoglobina A1c, que numa análise ao sangue pode fornecer uma visão global de como está a compensação da Diabetes nos últimos três meses e se necessita de reajustes no tratamento (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

As pessoas com Diabetes tipo 2 não são dependentes de insulina exógena e não são propensas a cetose, ao contrário da Diabetes tipo 1, mas podem ter a necessidade de efetuar insulina, de forma a controlar a hiperglicemia se não o conseguirem através da dieta associada a antidiabéticos não insulínicos (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A necessidade da pessoa com diabetes não se limita apenas ao controlo dos níveis adequados de glicemia, mas também à prevenção de complicações, que é essencial, assim como a limitação e reabilitação de incapacidades. Vários são os comportamentos para obter bons resultados de autocuidado na pessoa com diabetes, como a alimentação saudável, atividade física, monitorização dos níveis de glicemia, adesão à medicação, boas habilidades/capacidades de resolução de problemas, competências

de *coping* e comportamentos de redução de risco. Estes comportamentos estão positivamente correlacionados com o controle glicémico, a redução de complicações e a melhoria na qualidade de vida (Shrivastava, Shrivastava e Ramasamy, 2013).

Uma boa gestão da doença requer a colaboração multidisciplinar entre os diferentes profissionais de saúde e pacientes, de forma a incentivar o autocuidado efetivo em muitas tarefas, incluindo a adesão e gestão de horários de medicação complexos, execução de recomendações dietéticas detalhadas, promoção da atividade física e participação em estratégias de cuidados preventivos (Funnell *et al.*, 2011).

As consequências inerentes à diabetes podem ser evitadas, retardadas e contribuir favoravelmente para o seu tratamento, com uma boa prática de atividade física, dieta, medicamentos, uma triagem eficaz e tratamentos regulares para as suas complicações (WHO, 2018). Contudo, a capacidade que as pessoas têm para cuidar da sua própria saúde e de acederem aos sistemas de cuidados de saúde é cada vez mais complexa, além de ser reconhecida como um fator significativo na qualidade e nos custos de saúde (Kickbusch, Wait e Maag, 2005). Com efeito, tem-se verificado que o cumprimento ou a adesão às atividades de autocuidados é baixo, principalmente quando se trata de mudanças a longo prazo. Os fatores demográficos, socioeconómicos e de apoio social podem ser considerados como contribuintes positivos na facilitação de atividades de autocuidado em pessoas diabéticas, além do papel dos clínicos na promoção do autocuidado (Povey e Clark-Carter, 2007; Shrivastava *et al.*, 2013). É reconhecida a necessidade de existir uma abordagem sistemática, multifacetada e integrada para promover práticas de autocuidado na pessoa com diabetes, de forma a evitar complicações a longo prazo (Shrivastava *et al.*, 2013).

### **2.1.3. As exigências**

A gestão da doença crónica integra a prestação dos cuidados de saúde em todas as suas vertentes, com a identificação dos indivíduos doentes e com necessidade de ser assistido; prevenir as complicações da doença; aumentar o envolvimento do paciente nos autocuidados; construção de bases de dados em saúde (Veras, 2012). Cada vez mais assiste-se ao aumento das doenças crónicas, com tratamento de longa duração e que não têm cura, em que o estilo de vida e o comportamento do indivíduo são muito importantes para a gestão da doença (Silva, 2010).

Os pacientes podem ter dificuldade em entender e seguir os princípios básicos das atividades de autocuidado da doença (Shrivastava *et al.*, 2013). O controlo da diabetes depende de um conjunto complexo de tarefas, que recaem sobre o doente.

A identificação de barreiras para o controle do diabetes é importante para melhorar a qualidade do tratamento do diabetes, que inclui a melhoria do controle metabólico e da autogestão da diabetes. Apesar dos avanços significativos no diagnóstico e tratamento, a persistência do controle metabólico inadequado é contínuo. O controle glicémico deficiente pode ser refletido tanto pelo fracasso da autogestão da diabetes pelos utentes como pelas estratégias de intervenção inadequadas por parte dos profissionais de saúde. A autogestão da diabetes pode ser afetada pela adesão ao tratamento, crenças e conhecimento dos pacientes sobre a diabetes, também as capacidades de cultura e linguagem influenciam as crenças de saúde do paciente, as atitudes, literacia em saúde (fatores relacionados ao paciente). Outros fatores incluem os recursos financeiros do paciente, comorbidades e apoio social. Os médicos podem influenciar a perceção do paciente através da capacidade de comunicação e ter um sistema de saúde bem integrado. Os fatores do paciente e os fatores relacionados ao clínico são importantes no tratamento da diabetes (Nam *et al.*, 2011).

Nos cuidados de saúde primários verifica-se uma grande sobrecarga em contexto geral, nomeadamente na conclusão das atividades diárias preventivas, o lidar com os diferentes tipos de queixas, prescrições, cuidados, em tempos de consulta reduzidos. É por isso difícil para os profissionais de saúde dedicarem o seu tempo, foco além das questões mais centrais da doença, mais dificilmente dedicam-se a outras questões, como comportamentos de risco, fatores psicossociais e emocionais do doente diabético tipo 2 (Nam *et al.*, 2011).

São muitas as exigências no âmbito de programas a desenvolver na diabetes. De forma a combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas, têm sido criados diferentes tipos de programas mais direcionados para a alimentação saudável, tabagismo atividade física, doenças cérebro cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias e diabetes (Portugal. Ministério da Saúde, 2018).

#### **2.1.4. Utilização de cuidados de saúde na diabetes tipo 2**

Com o envelhecimento, existe a tendência para o aumento de doenças crónicas, assim como as comorbilidades e incapacidades, o que traduz por si só, o aumento da utilização e necessidade de cuidados de saúde (Werblow *et al.*, 2007). Colocam desafios aos decisores políticos, como uma das causas responsável pelo crescimento das despesas com os cuidados em saúde (Werblow *et al.*, 2007). Melhorar o acesso à utilização dos serviços de saúde para diabetes é essencial para melhorar o controle do diabetes e prevenir as suas complicações. Além disso, o conhecimento do paciente sobre a doença

influencia o comportamento na procura de saúde e é essencial conhecer o nível de conhecimento dos pacientes para um melhorar os cuidados de saúde. Contudo existe a crescente preocupação na utilização de serviços de saúde na área da diabetes, no que diz respeito à informação sobre acesso a cuidados de saúde (Siddique *et al.*, 2017).

A utilização de cuidados de saúde relaciona-se com diferentes características, o estado de saúde da pessoa, assim como a disponibilidade existente da oferta do tipo de cuidados de saúde. O modelo comportamental de Anderson surge muito interligado com a utilização de cuidados de saúde, em que os determinantes da utilização dos serviços de saúde são organizados em grupos, os fatores de predisposição, capacitação e de necessidade (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal *et al.*, 2012).

Nos fatores de predisposição, fatores relacionados com a utilização de cuidados, o indivíduo poderá estar mais suscetível à utilização dos serviços de saúde. Inclui os fatores sociodemográficos, o género e a idade; os de estrutura social, que inclui a escolaridade, tipo de ocupação e raça, que vão determinar o status do indivíduo na sociedade, a sua capacidade em lidar com problemas do dia a dia, se é saudável, assim como o ambiente em que vive; e as crenças em saúde, que são os valores, atitudes e conhecimento que os indivíduos têm sobre o seu estado de saúde, assim como dos serviços de saúde, que influenciam a sua própria perceção da necessidade e uso dos serviços de saúde (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal *et al.*, 2012).

Os fatores de capacitação, estão relacionados ao acesso e oferta dos serviços de saúde que incluem fatores individuais e familiares, isto é, o uso dos serviços de saúde, a renda, plano de saúde, transporte e tempo de espera nos serviços. Condições que tornam os serviços de saúde disponíveis para a família (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal *et al.*, 2012).

Os fatores de necessidade inclui a auto perceção de saúde dos pacientes, estado de saúde dos indivíduos avaliados pelos profissionais de saúde. Relaciona-se com a procura dos cuidados e à adesão ao próprio tratamento (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal *et al.*, 2012).

A diabetes é uma preocupação global significativa em saúde pública. Tanto o baixo conhecimento da doença, como a utilização dos serviços de saúde estão intimamente, associados a piores resultados de saúde, contribuindo para o aumento da carga de diabetes em muitos países em desenvolvimento (Siddique *et al.*, 2017).

A vertente socioeconómica tem um impacto significativo nos fatores de risco associado às doenças crónicas, que inclui a diabetes. A diabetes pode ser até duas vezes mais prevalente em populações com baixos rendimentos em comparação com populações

com altos rendimentos económicos. Em pacientes com diabetes, os baixos rendimentos, a nível de utilização de cuidados, estão associados a um aumento na taxa de hospitalização por complicações agudas relacionadas ao doente diabético em sistemas de financiamento público e universalmente acessíveis. Existe evidência, de que indivíduos de grupos socioeconómicos mais baixos têm acesso mais limitado no atendimento, refletido em tempos de espera mais longos e menos encaminhamentos para atendimentos especializados (Booth e Hux, 2003; Robbins *et al.*, 2001; Stelmach *et al.*, 2005).

Isso pode contribuir para o aumento da taxa de complicações diabéticas agudas observada no estudo de Booth (Booth e Hux, 2003).

Os custos de saúde têm um grande impacto económico para a deteção e tratamento de complicações relacionadas com a diabetes aguda, a longo prazo. Custos, estes diretos, entre os quais os de hospitalização, como as complicações da diabetes, uma vez que são estas complicações que mais contribuem para a mortalidade prematura, deficiência e absentismo (International Diabetes Federation, 2015).

A utilização dos cuidados para o tratamento da doença é afetada pelos conhecimentos da diabetes tipo 2. Mulheres com menos grau de escolaridade e menos rendimentos necessitam de maiores conhecimentos sobre a diabetes tipo 2 necessários para a mudança de comportamentos (Siddique *et al.*, 2017)

No atendimento hospitalar, concretamente na Holanda, tanto a co morbilidade associada à diabetes e a co morbilidade não associada à diabetes, aumenta a utilização dos cuidados e custos de saúde (Struijs *et al.*, 2006).

Existe aumento de risco na pessoa com diabetes mellitus, em desenvolver complicações graves após a infeção pelo vírus influenza. As orientações da OMS, recomendam a vacinação. A resposta imune de pacientes diabéticos à vacinação contra influenza sugere uma proteção valida (Pozzilli *et al.*, 1986). A vacinação foi associada a uma redução de 56% (IC 95%; 36-70%) em qualquer complicação e 54% nas hospitalizações (26-71%) (Looijmans-Van den Akker *et al.*, 2006). A evidência atual da eficácia da vacina contra influenza em pessoas com diabetes mellitus é baseada essencialmente em estudos observacionais, em parâmetros clínicos como a hospitalização e morte, com indicação de uma redução benéfica da morbilidade e mortalidade (Goeijenbier *et al.*, 2017).

## **2.2. LITERACIA EM SAÚDE**

De acordo com as Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a palavra literacia tem o significado de ser "familiarizado com a literatura" ou em termos gerais, "bem-educado, instruído". Nestes últimos anos o termo literacia tem adquirido várias dimensões, além de que não se refere apenas à transformação individual, mas também a transformação contextual e social em termos de ligação entre a literacia em saúde e o crescimento económico e mudança sociocultural e política (Chew *et al.*, 2004).

### **2.2.1. Conceito de literacia em saúde**

O termo "literacia em saúde" refere-se a um conjunto de características que as pessoas necessitam de forma a gerirem de forma eficaz os seus cuidados de saúde, de forma a obter, processar e entender as informações básicas de saúde e dos serviços que necessitam, para poderem tomar decisões apropriadas sobre a sua saúde. Representa um conjunto de capacidades necessárias para que as pessoas compreendam de forma eficaz os cuidados de saúde, o seu ambiente e agir adequadamente sobre a saúde informações adquiridas sobre os seus cuidados. Essas habilidades incluem a capacidade de interpretar documentos, ler e escrever prosa (literacia na impressão), usar informação, e falar e ouvir efetivamente (Antunes, 2014; Fawcett *et al.*, 2010).

A literacia em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de *"competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde"* (WHO, 2015).

É essencial para que as pessoas possam gerir com sucesso a sua própria saúde, sendo necessário ter conhecimentos sobre a sua própria saúde, compreensão, interpretação e comunicação de informações de saúde, além da pesquisa de cuidados de saúde adequados e a tomada de decisões críticas em saúde (Antunes, 2014).

A literacia em saúde é a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, entender e usar informações de maneira a promover e manter a boa saúde. Implica a obtenção de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas, de forma a melhorar a saúde pessoal e da comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Pode ser entendida como o grau em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender as informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar (Institute of Medicine, 2013).

É um termo introduzido na década de 1970 e de grande importância na saúde pública e nos cuidados de saúde. Está relacionado com as capacidades das pessoas para

atender às complexas exigências da saúde em constante transformação na nossa sociedade moderna. A literacia em saúde significa colocar em contexto, a sua própria saúde, família e comunidade, entender quais fatores que estão a influenciar e saber como abordá-los. Um indivíduo com um nível adequado de literacia em saúde tem a capacidade de assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, bem como pela saúde familiar e pela saúde da comunidade (Chew, Bradley e Boyko, 2004).

É caracterizada pela capacidade de executar tarefas básicas de leitura e numéricas de forma a que os indivíduos possam obter, processar, entender e comunicar informações relacionadas com a saúde necessárias para a tomada informada de decisões de saúde. Indivíduos com conhecimento adequado em saúde podem ler, entender e agir com base em informações sobre cuidados de saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. American Medical Association, 1999).

A literacia em saúde representa as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde.

Implica a obtenção de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança em tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida. Significa mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer compromissos. A LS é essencial para melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde e a sua capacidade em utilizá-las de forma eficaz e eficiente (Nutbean, 1998). A literacia em saúde é um conceito multidimensional e consiste em diferentes componentes. Além disso a maioria dos modelos conceituais não apenas consideram os principais componentes da literacia em saúde, mas também identificam o sistema individual de fatores que influenciam o nível da pessoa com LS, e também os caminhos que ligam a LS com os resultados em saúde (Sørensen *et al.*, 2004).

A literacia em saúde relaciona-se com o conhecimento e competências que as pessoas têm de forma a responder aos diferentes graus complexos de exigências diárias da saúde na sociedade moderna. A sua importância é essencial e necessária, embora não exista consenso sobre a sua própria definição e dimensão, o que limita a sua medição e comparação do ponto de vista estatístico.

Uma característica compartilhada do conceito de literacia em saúde pela OMS e Institute of Medicine, consiste no foco nas habilidades individuais para obter, processar e compreender informações e serviços de saúde, necessário para tomar decisões de saúde adequadas. Discussões recentes sobre o papel da literacia em saúde, destacam a importância de ir além do foco do indivíduo, ou seja, de considerar a literacia em saúde



como uma interação entre as exigências dos sistemas de saúde e as capacidades dos indivíduos. Já o Instituto de Medicina mencionou no seu relatório que a literacia em saúde é uma junção de fatores sociais e individuais, que emerge da interação das capacidades dos indivíduos e das exigências dos sistemas sociais "(Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2009)]. Mais recentemente, Kwan (Kwan, Frankish e Rootman, 2006) reforça a importância das capacidades por parte de todas as partes envolvidas na comunicação e decisões sobre saúde, que inclui os pacientes, provedores, educadores de saúde e leigos.

Uma visão mais ampla é apresentada por Zarcadoolas, Pleasant e Greer (Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2003), ao afirmarem que uma pessoa literada em saúde é capaz de aplicar na saúde conceitos e informações para novas situações, e para participar de diálogos públicos e privados contínuos sobre saúde, medicina, conhecimento científico, cultural e crenças. Já Freedman e seus colegas (Freedman *et al.*, 2009), argumentam que a perspectiva médica sobre os fatores que influenciam as pessoas a saúde deve ser transferida para um nível social, e que uma distinção deve ser feita entre literacia em saúde pública e individual. A literacia em saúde pública pode ser encontrado quando os fundamentos conceituais da literacia em saúde estão presentes num grupo ou comunidade (Sørensen *et al.*, 2004).

Nas diferentes dimensões da literacia em saúde, a distinção entre literacia em saúde e de saúde pública reflete-se na identificação de diferentes dimensões (Freedman *et al.*, 2009). Nas definições de literacia em saúde como capacidades individuais, o Institute of Medicine (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2009) considera o conhecimento cultural e conceitual, escuta, capacidades de fala, aritmética, escrita e leitura como os principais componentes da literacia em saúde. Speros identifica igualmente, as capacidades de leitura e a numeracia, como a definição de atributos, mas acrescenta também a compreensão, a capacidade de usar informações de saúde na tomada de decisão e o sucesso atuando no papel do consumidor de saúde como dimensões (Speros, 2005). Baker (Baker, 2006) divide a literacia em saúde relacionada com literacia impressa e literacia relacionada com literacia oral, enquanto Paasche-Orlow e Wolf (Paasche-Orlow, M. K. e Wolf, 2007) distinguem entre escuta, fluência verbal, capacidade de memória e navegação. A estrutura da literacia em saúde e das ações em saúde é única, uma vez que aborda possíveis mecanismos através dos quais a literacia em saúde pode afetar a saúde, ações e métodos, na medida em que agrupam variáveis mediadoras de acordo se referem a determinantes motivacionais da ação em saúde. Segundo a abordagem de Paasche-Orlow e Wolf, que divide as ações de saúde em três grandes domínios: acesso e uso de serviços de saúde, interações paciente-provedor e gestão de saúde e

da doença. As principais implicações derivadas dessa estrutura são que a literacia em saúde é uma combinação de habilidades cognitivas, conhecimentos e experiências obtidas ao longo da vida e que a relação entre literacia em saúde e ação em saúde é mediada por pelo menos dois processos: a motivação e as habilidades (skill based) (Wagner, von *et al.*, 2009)

Lee et al. (Lee, S. Y. D., Arozullah e Cho, 2004) identificam quatro fatores inter-relacionados de literacia em saúde:

- doença e conhecimento de autocuidado; comportamento de risco à saúde; cuidados preventivos e visitas ao médico; conformidade com medicação.

Embora esses elementos definidores de literacia em saúde variem consideravelmente, todos eles dizem respeito a aspectos de capacidades cognitivas, habilidades e comportamentos que refletem uma capacidade do indivíduo de forma a funcionar no papel de paciente dentro do sistema de saúde (Sørensen *et al.*, 2004).

Nutbeam (Nutbeam, 2000) distingue entre três tipologias de literacia em saúde:

- Literacia funcional em saúde, em que as habilidades básicas de leitura e escrita são necessárias para funcionar de forma eficaz em situações quotidianas, amplamente comparável ao conteúdo da literacia “médica” em saúde;
- Literacia interativa em saúde, refere-se a habilidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, junto com habilidades sociais, pode ser usado para participar ativamente em situações quotidianas, obter informações e derivar de significados de diferentes formas de comunicação, aplicar isso às circunstâncias em mudança;
- Habilidades críticas, ao qual a literacia em saúde refere-se a processos cognitivos mais avançados, habilidades que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas a analisar criticamente as informações e usá-las para exercer maior controle sobre eventos e situações de vida. As diferentes tipologias representam níveis de conhecimento e habilidades que progressivamente apoiam uma maior autonomia e empoderamento pessoal na tomada de decisões relacionadas à saúde, bem como o compromisso, com uma gama mais ampla de conhecimentos de saúde que se estende desde a gestão de saúde pessoal aos determinantes sociais da saúde (Nutbeam, 2008)

Manganello (Manganello, 2008), adiciona a literacia mediática como a capacidade de criticamente avaliar as mensagens dos média. Zarcadoolas et al. Faz distinção entre a literacia fundamental, habilidades e estratégias envolvidas na leitura, fala, escrita e interpretação e números; literacia científica, que inclui, os níveis de competência com

Ciência e Tecnologia; literacia cívica, as habilidades que permitir que os cidadãos se conscientizem das questões públicas e envolver-se no processo de tomada de decisão; e literacia cultural, a capacidade de reconhecer e usar crenças, costumes, visão de mundo e identidade social de forma a interpretar e agir sobre as informações de saúde (Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2005).

Mancuso (Mancuso, 2008), enfatiza que a literacia em saúde é um processo que evolui ao longo da vida de uma pessoa e identifica os atributos da literacia em saúde como, capacidades, compreensão e comunicação:

- As habilidades de capacidade relacionadas à literacia em saúde incluem recolha, análise e avaliar as informações de saúde quanto à credibilidade e qualidade, trabalhando em conjunto, gerindo os recursos, procura orientação e apoio, desenvolvendo e expressando um senso de identidade, criar e seguir uma visão e objetivos, além de acompanhar as mudanças. Habilidades de linguagem oral são também considerados essenciais. Habilidades sociais e credenciais como ler, ouvir, analisar, tomar decisões, e habilidades numéricas são importantes também para defender-se para si mesmo, de forma a atuar nas informações de saúde e para negociar e percorrer o sistema de saúde;
- A compreensão é um processo complexo baseado na eficácia e interação de lógica, linguagem e experiência e é crucial para a interpretação precisa de uma miríade de informações que é fornecido ao paciente moderno, como instruções de alta, formulários de consentimento, educação do paciente materiais e instruções de medicação;
- Comunicação, como pensamentos, mensagens ou informações são trocados através da fala, sinais, escrita ou comportamento. Comunicação envolve entradas, decodificação, saída de codificação e comentários. Habilidades essenciais de comunicação são leitura com compreensão, transmitindo ideias por escrito, falando para que outros possam entender, ouvir ativamente e observar criticamente.

Vários são fatores que são considerados como componentes-chave da literacia em saúde, além de existir uma grande variação entre os modelos conceituais. No entanto, esta diversidade de pontos de vista pode, em grande medida, ser reduzido a duas dimensões, as qualidades essenciais de literacia em saúde (por exemplo, básico ou funcional, interativo e literacia crítica em saúde), o seu escopo e área de aplicação (por exemplo, como um paciente na área de saúde, como um consumidor no mercado, como cidadão na área política, ou como um membro da audiência em relação à média) (Sørensen *et al.*, 2004).

Associado à baixa LS, existe uma menor adesão à medicação e uma incapacidade de ler as prescrições e os rótulos dos medicamentos (Hope *et al.*, 2004), uma menor capacidade de demonstrar o uso adequado de medicamentos; menor capacidade de interpretar etiquetas e mensagens de saúde; e, entre a população mais idosa, um pior estado de qualidade geral de saúde e maior taxa de mortalidade (Berkman, N. *et al.*, 2011).

O Institute of Medicine in US, define a LS como um conjunto de capacidades individuais nos quatro domínios do conhecimento cultural e conceptual: capacidade de falar e escutar, capacidades de escrita e leitura e numeracia. Este conceito de LS pode ser desenvolvido através de intervenção educacional, além disso é específico do contexto em que se insere e está sujeito à influência pelas interações e estruturas dos cuidados de saúde, assim como a forma pelo qual os serviços são organizados (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2009; Nutbeam, 2008).

Baixos níveis de literacia em saúde podem afetar a saúde das pessoas diretamente, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, além de dificultar o desenvolvimento da própria literacia em saúde (Nutbeam, 1998).

Contributos para melhorar a LS pode ser uma estratégia eficaz, com contributos estratégicos de forma a melhorar o estado de saúde e reduzir o uso de serviços hospitalares e de emergência na população mais idosa. (Cho *et al.*, 2008)

O nível de literacia em saúde é baixo, para a capacidade de interpretação e de usar a informação escrita, relacionada com a saúde de forma eficaz, na população idosa. As análises conduzidas apontam para algumas variáveis demográficas nos valores médios obtidos no teste de literacia em saúde, especialmente, sexo, idade, habilitações literárias e estado civil. O sexo, as habilitações literárias, a idade e o estado civil revelaram-se variáveis que afetam

significativamente o grau de literacia em saúde dos participantes (Serrão, Veiga e Vieira, 2015).

### **2.2.2. Literacia em saúde em Portugal e no Mundo**

Um relatório do Institute of Medicine indica que quase metade da população adulta americana pode ter dificuldades em interpretar a informação em saúde (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2009). Como resposta, medidas foram tomadas para garantir uma melhor comunicação de saúde por meio do estabelecimento diretrizes de literacia em saúde, além de maior incentivos para a sua melhoria e (Lloyd *et al.*, 2006; Sørensen *et al.*, 2004).

Embora o interesse na literacia em saúde fosse principalmente concentrado nos Estados Unidos e Canadá, tornou-se mais internacionalizado nas últimas décadas (Paasche-Orlow, M. K., McCaffery e Wolf, 2009). Várias foram as pesquisas em literacia em saúde em países como Austrália, com uma proporção variável, mas significativa, da população em geral com literacia em saúde mais limitada (Barber *et al.*, 2009); no Japão, com níveis baixos de literacia em saúde na população mais idosa (Lee, T. W. *et al.*, 2009); no Reino Unido, também com alguns indicadores decorrentes de estudos para baixos níveis de literacia em saúde (Ibrahim *et al.*, 2008), igualmente na Holanda, (Twickler *et al.*, 2009) e Suíça (Wang e Schmid, 2006).

Na aplicação do inquérito Europeu à literacia em saúde (HLS-EU), Portugal caracteriza-se por ter 11% da população com o nível de literacia inadequado e cerca de 38% da população com o nível de literacia em saúde considerado problemático. Já a Holanda e a Irlanda são os países em que existe uma maior percentagem da população, com níveis mais elevados de literacia em saúde 71% e 60% respetivamente. Na literacia em cuidados de saúde observa-se que a liderança quanto aos melhores resultados mantém-se na Holanda, Irlanda e Polónia. Em termos médios cerca de 40% dos inquiridos do HLS-EU, mostraram ter limitações na literacia saúde aplicada a este domínio. Neste âmbito Portugal apresenta 45,4% dos inquiridos com uma literacia limitada no âmbito dos cuidados de saúde (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Na prevenção da doença a literacia em saúde tem um papel muito importante, na Holanda por exemplo observa-se que 74,4% dos inquiridos que têm níveis elevados de literacia em saúde, níveis de literacia “excelente” ou “suficiente. Em termos médios, os valores do estudo europeu revelam que 42,8% dos inquiridos tem limitações na literacia em saúde relacionada com a prevenção da doença. Também os resultados evidenciam que em Portugal, tal como em outros países é entre a população mais idosa que é registada uma proporção mais elevada com níveis baixos de literacia em saúde. Níveis elevados de escolaridade tendem a corresponder a níveis elevados de literacia em saúde. Em Portugal, mais de 60% dos inquiridos com ensino superior tem níveis de literacia excelentes ou suficientes. Ao contrário mais de 60% dos inquiridos com escolaridade baixa (até básico) têm níveis de literacia em saúde problemáticos ou mesmo inadequados (Espanha *et al.*, 2016).

É possível encontrar na população portuguesa os grupos mais vulneráveis nesta área, ao que é reforçado a atenção às políticas publicas na promoção da literacia em saúde. Nesses grupos destacam-se: os individuo com mais de 66 anos, baixos níveis de escolaridade, com doenças prolongadas, baixos rendimentos, com uma má perceção de saúde, que frequentaram no último ano 6 ou mais vezes os cuidados de saúde

primários, que se sentem limitados por terem alguma doença crónica (Espanha *et al.*, 2016).

A UE produziu menos de um terço da pesquisa global sobre literacia em saúde entre 1991 e 2005 (Kondilis *et al.*, 2008; Kondilis, Soteriades e Falagas, 2006), mas a importância desta temática é cada vez mais reconhecida em Políticas Europeias de Saúde. A literacia em saúde é explicitamente mencionada como uma área de ação prioritária na Estratégia de Saúde da Comissão Europeia 2008-2013 (European Commission, 2007). Está ligado ao valor central do empoderamento do cidadão, e ações prioritárias propostas pela Comissão Europeia, que inclui a promoção da saúde, programas de literacia para grupos de diferentes idades (Sørensen *et al.*, 2004).

De acordo com Macleod *et al.*, 2017 uma inadequada literacia em saúde, associa-se a escolhas de saúde inadequadas que contribuem para uma diminuição da qualidade de cuidados. É importante capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (MacLeod *et al.*, 2017).

Embora níveis de literacia em saúde baixos tenham demonstrado estar associados a piores resultados de saúde, as causas não estão devidamente identificadas e conhecidas. Contudo é mais provável que a baixa literacia leve a piores resultados de saúde (Paasche-Orlow e Wolf, 2007)

Citando Schillinger *et al.*, 2002, a baixa literacia em saúde está associado a uma ampla gama de efeitos diretos e indiretos adversos nos processos de atendimento e nos resultados de saúde (Schillinger *et al.*, 2002).

Os níveis de LS são baixos em todo o mundo. Kumaresan observou que pessoas com baixos níveis de LS são mais propensas a ter um baixo nível de conhecimento em tecnologia da informação e comunicação, menos acesso à internet e informações on-line sobre saúde; não conseguir avaliar a qualidade da informação de diferentes fontes (Institute of Medicine, 2013).

Níveis baixos de literacia em saúde, são mais frequentes entre minorias raciais e étnicas, idosos e indivíduos com doenças crónicas, especialmente em serviços do setor público (Schillinger *et al.*, 2002).

Com a proliferação da literacia em saúde, diferentes tipos de pesquisas e intervenções políticas, torna-se evidente que não existe uma definição clara do conceito de forma unânime. Além disso, as dimensões que constituem a literacia em saúde permanecem desafiantes e a tentativa de operacionalizar o conceito diverge amplamente em escopo, método e qualidade. Assim, é muito difícil comparar os resultados em relação à literacia em saúde emergente de pesquisas em diferentes países (Sørensen *et al.*, 2004).

### 2.2.3. Modelos explicativos

Com base em uma revisão sistemática proposta por Sørensen *et al*, das definições existentes e conceituações de literacia em saúde, combinam as qualidades de um modelo conceitual delineando as dimensões mais abrangentes da literacia em saúde e de um modelo lógico, mostrando os fatores proximais e distais cujo impacto na literacia em saúde, bem como em caminhos que ligam a literacia em saúde aos resultados de saúde. Mais concretamente o modelo identifica 12 dimensões da literacia em saúde, referindo-se às competências relacionadas ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação da saúde, informações nos domínios da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, respetivamente. Integrando definições e conceituações existentes de literacia em saúde num modelo abrangente, delineando as principais dimensões da literacia em saúde também como seus determinantes e os caminhos para os resultados de saúde. Importante, o apoiar a prática de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, servindo como base conceitual para desenvolver intervenções para aumentar a literacia em saúde. Além disso, pode contribuir para o trabalho empírico sobre literacia em saúde ao servir como base para o desenvolvimento de instrumentos adequados (Sørensen *et al.*, 2004).

Em 2007, Paasche-Orlow e Wolf propuseram um modelo amplamente utilizado, que descreve as vias causais entre literacia em saúde e resultados de saúde (Paasche-Orlow, Michael K. e Wolf, 2007). Descrevem informações sistemáticas, interrelacionais e mecanismos de autocuidado pelos quais a baixa literacia em saúde possa conduzir a uma pior saúde (Paasche-Orlow, M. K. e Wolf, 2007). Este modelo concentra-se em três áreas:

- acesso e utilização de cuidados de saúde;
- interação fornecedor de serviços-paciente;
- autocuidado.

Os determinantes da LS neste modelo são limitados a fatores individuais relacionados, como educação, etnia, idade, ocupação, rendimentos, cultura, idioma, suporte social e fatores físicos, como habilidades visuais e auditivas. O modelo não dá a importância de fatores, que estão relacionados com o sistema que influenciam a forma como os indivíduos interagem dentro dos sistemas de saúde, e assim, determina como os indivíduos: têm acesso e usam os serviços de saúde; interagem com os seus prestadores de cuidados; envolver-se na autogestão dos seus problemas de saúde e,

em última instância, influenciar os resultados de saúde. Assim como os indivíduos variam em termos socioeconômicos e históricos educacionais, sistemas de saúde variam em estrutura e complexidade; a sua influência em diferentes aspectos do cuidado, portanto, varia entre os ambientes de saúde (Sayah, Fatima Al e Williams, 2012).

#### **2.2.4. Instrumentos de avaliação**

Na literatura estão descritos diferentes tipos de instrumentos, com o intuito de avaliar o nível de literacia em saúde. Dos instrumentos mais utilizados, destacam-se o *“Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine”* (REALM), instrumento de literacia de adultos em medicina, de triagem projetado para ser usado em ambientes de saúde pública e cuidados primários de forma a identificar pacientes com baixos níveis de leitura. Fornece estimativas do grau de leitura para pacientes que leem abaixo do nível do nono ano. O REALM pode ser administrado em um a dois minutos por pessoal com treinamento mínimo, consiste num teste de reconhecimento de termos médicos, com algumas limitações, em que atribui apenas equivalentes ao ano de escolaridade (Davis *et al.*, 1993)

O Teste de literacia Funcional em Saúde em Adultos, *“Test of Functional Health Literacy in Adults”* (TOFHLA), consiste na compreensão de leitura de 50 itens e teste de habilidade numérica com 17 itens, portanto mede a literacia para a saúde funcional, com duração de até 22 minutos para ser aplicado, ou uma versão mais curta de 7 minutos de aplicação. (Parker *et al.*, 1995).

A LS é um conceito multidimensional que compreende uma serie de características cognitivas, afetivas, sociais e habilidades e atributos pessoais (Batterham *et al.*, 2014). O Health Literacy Questionnaire (HLQ) é uma medida multidimensional da literacia em saúde, para identificar as necessidades comuns de literacia em saúde entre os indivíduos.

O Health Literacy Questionnaire (HLQ) - Questionário de Literacia em Saúde, utilizado neste trabalho de investigação, identifica as forças e limitações específicas de literacia em saúde das pessoas e comunidades em nove áreas de literacia em saúde. Cada domínio do instrumento tem demonstrado ser conceptualmente distinto e mede um constructo independente. O resultado é mais poderoso quando as dimensões são avaliadas em conjunto e permite obter perfil de literacia em saúde dos inquiridos. Através das suas dimensões, permite identificar a literacia funcional, comunicativa e crítica. É constituído por 44 questões, que se distribuem pelas nove dimensões/domínios (Osborne *et al.*, 2013):



- Sentir-se entendido e apoiado por prestadores de cuidados de saúde;
- Ter a informação suficiente para gerir a saúde;
- Gerir ativamente minha saúde;
- Suporte social para a saúde;
- Apreciação sobre a informação de saúde;
- Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde;
- Navegar pelo sistema de saúde;
- Ter capacidade de encontrar informações de saúde de boa qualidade;
- Compreender a informação de saúde o suficiente para saber o que fazer.

### **2.2.5. Literacia em saúde e utilização de cuidados de saúde**

Existe associação entre níveis baixos de literacia em saúde e o risco para a utilização de cuidados de emergência e o risco de hospitalização (Baker *et al.*, 2004; Cho *et al.*, 2008; Howard, Gazmararian e Parker, 2005; Murray *et al.*, 2009; Paasche-Orlow, Michael K. *et al.*, 2005; Zarcadoolas *et al.*, 2003). Portanto a evidencia é moderada para uma maior utilização de ambos os serviços em indivíduos com níveis baixos de LS (Berkman, N. D. *et al.*, 2011).

Nos serviços preventivos diversos estudos fornecem evidências moderadas de uma menor probabilidade para a realização de exames complementares de diagnostico e da realização de imunizações contra o vírus influenza (Bennett *et al.*, 2009; Howard, Sentell e Gazmararian, 2006; Sudore *et al.*, 2006; White, Sheida, Chen e Atchison, 2008). Uma menor utilização de serviços preventivos e maior utilização dos cuidados de saúde resulta em custos mais elevados de assistência médica (Institute of Medicine, 2013).

### **2.2.6. Literacia em saúde e diabetes**

Sendo a Diabetes uma doença crónica, caracterizada por ser de grande complexidade, requer um grau elevado de autocuidados, educação e gestão da própria doença. As exigências sobre as pessoas com diabetes são complicados pelo fato de que o autocuidado, por vezes está depende de materiais educativos impressos e verbais, requer níveis adequados de literacia em saúde (White, R. O. *et al.*, 2011).

Aproximadamente 80 milhões de americanos tem níveis limitados de LS, o que os coloca em maior risco de acesso insuficiente a cuidados de saúde e piores resultados em saúde (Friis *et al.*, 2020). Deste modo a A LS está associada a uma serie de maus resultados relacionados com a saúde, o que contribui para as disparidades associadas

à raça/etnia e ao conhecimento na autopercepção/autoavaliação de saúde e comportamentos preventivos de saúde entre os idosos. Diversos estudos reforçam a necessidade para mais intervenções direcionadas à baixa literacia em saúde, de forma a reduzir estas disparidades (Bennett *et al.*, 2009)

A baixa literacia em saúde está muito associada a um menor conhecimento sobre diabetes, a nível funcional, interativa e crítica ou numeracia e resultados em saúde, como o conhecimento, comportamento e clínico em pessoas com diabetes. No entanto, existem poucas evidências suficientes ou consistentes sugerindo que ela esteja associada de forma independente a processos ou resultados de cuidados relacionados ao diabetes (Sayah, F. Al *et al.*, 2013).

Os níveis de literacia em saúde inadequados em utentes com diabetes tipo 2 estão associados a um pior controle glicémico e maiores taxas de retinopatia, contribuindo para a carga desproporcional de problemas relacionados com a diabetes entre populações mais carenciadas (Schillinger *et al.*, 2002).

#### **2.2.7. Literacia em saúde e utilização de cuidados na diabetes tipo2**

Existem muitos determinantes que contribuem para os resultados no processo de cuidados e saúde para pacientes com doença crónica complexa. Nas últimas duas décadas a literatura tem crescido, ilustrando o conceito de literacia em saúde como um elemento relevante e influente fator relacionado à diabetes mellitus. De realçar que, nos EUA, estima-se que mais de 90 milhões de pessoas têm instrução básica ou inferior e mais de 110 milhões têm fracas capacidades para matemáticas (Funnell *et al.*, 2011).

Um baixo nível de literacia em saúde é comum entre os utentes com diabetes mellitus (Funnell *et al.*, 2011).

Nos EUA diversas pesquisas, evidenciam que a baixa literacia em saúde está relacionada com maior hospitalização, assim como as idas à urgência. Em países como a Dinamarca em que o sistema de saúde é universal, o nível de conhecimento em saúde afeta a utilização dos cuidados de saúde (Friis *et al.*, 2020).

Existe, um maior risco para a utilização do uso de serviços de emergência e risco de hospitalizações, entre pessoas com menor literacia em saúde, que inclui pessoas idosas, pacientes de clínicas e em hospitais. (Baker *et al.*, 2004; Cho *et al.*, 2008; Hope *et al.*, 2004; Howard *et al.*, 2005) pacientes com asma e pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Também existe evidencia para o aumento do número de

hospitalizações descritos em diversos estudos de revisão de literatura (Friis *et al.*, 2020; Gillis, Begoray e Rowlands, 2000), além de mais dias com atendimento em urgência, em pessoas com doenças cardiovasculares, doenças crônicas na qual está inserida a diabetes e períodos mais longos de hospitalização aos 4 anos de seguimento (Friis *et al.*, 2020).

A falta de conhecimento em saúde explica parcialmente as disparidades raciais em alguns países. Níveis de literacia em saúde, mais baixos estão associados a problemas de saúde resultados e pior uso dos serviços de saúde (Berkman, N. *et al.*, 2011).

Limitações condicionantes à literacia em saúde reduzem a capacidade das pessoas na compreensão de usar materiais básicos relacionados com a saúde, isto é: a interpretação das receitas/etiquetas de prescrição e alimentos, artigos e folhetos de educação para a saúde, anotações de compromissos e planos de saúde. Afeta assim, a capacidade de tomar e ações oportunas e adequadas de assistência médica. Já é reconhecido pela literatura ao longo dos inúmeros estudos no âmbito da literacia em saúde que existe relação entre LS e os vários resultados relacionados com a saúde, o status de saúde, uso de serviços de saúde e conhecimento de doenças crônicas, entre estas a diabetes (White, S., Chen e Atchison, 2008).

Associa-se a uma maior taxa de hospitalização entre pessoas com níveis de literacia em saúde baixos, tal como resultados de uma fraca interação entre paciente-médico. Por exemplo, pessoas com baixa literacia em saúde podem estar relutantes em procurar assistência médica preventiva ou participar nas tomadas de decisão compartilhadas, aumentando assim o risco de maus resultados para a saúde (Wagner, von *et al.*, 2009; White, S. *et al.*, 2008)

No que diz respeito à área de atuação de prevenção primária, existem evidências moderadas de menor probabilidade de rastreio a nível de imunizações contra influenza, também da própria vacinação contra a gripe em grupos com níveis de baixa literacia em saúde (Bennett *et al.*, 2009; Howard *et al.*, 2006; Sudore *et al.*, 2006; White, S. *et al.*, 2008)

Níveis mais limitados de literacia em saúde estão associados a baixo nível socioeconómico, comorbilidades e acesso precário aos cuidados de saúde, sugerindo que pode ser um fator de risco independente para disparidades de saúde em idosos (Sudore *et al.*, 2006)

Níveis baixos de LS funcional são associados a uma má autogestão de condições crônicas, que inclui a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), uso ineficiente dos serviços de

saúde e custos mais altos com a saúde nos EUA (Doyle *et al.*, 2017; Franzen *et al.*, 2014). A baixa LS funcional e dificuldades na língua/idioma, evidenciam um controle glicémico (Doyle *et al.*, 2017)

As pessoas com doenças crônicas, num estudo de pesquisa populacional da Dinamarca, descrevem ter mais dificuldades do que a população em geral na compreensão da informação de saúde e ativamente envolvidos com os prestadores de cuidados de saúde. Ter mais de uma doença crônica está associada a mais dificuldade em envolver-se com os prestadores de cuidados de saúde e entender a informação sobre saúde e envolvimento com os profissionais de saúde, duas dimensões, que são essenciais para a prestação de cuidados de saúde centrados no paciente e para otimizar resultados de saúde. Pessoas com níveis mais baixos de educação estão associados a menores níveis de literacia em saúde do que pessoas com níveis mais elevados de educação (Friis *et al.*, 2016).

### **3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A investigação é muito importante e um método para aquisição de novos conhecimentos. De acordo com a investigação que em que o investigador pretende seguir, adotará a melhor definição correspondente às suas preocupações e delineará um método adequado para obtenção de respostas às suas questões. Com a investigação visa-se a produção de uma base científica de forma a conduzir a prática terrena e assegurar a credibilidade do que se quer investigar. Corresponde ao estudo dos fenómenos que se traduz por descobertas e saberes específicos (Fortin, 1999).

#### **3.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Este trabalho enquadra-se num projeto mais amplo em curso na escola sobre Literacia em Saúde, autocuidados e compensação da diabetes tipo 2. A autogestão da diabetes assume um carácter complexo, implicando a adesão a terapêutica farmacológica e alterações no estilo de vida. Muitos são os condicionantes e barreiras que se interpõem nesta autogestão da doença, tornando-a difícil, com implicações importantes para a utilização de cuidados de saúde. Tem sido sugerido que a literacia em saúde é um fator preponderante na utilização dos cuidados por estes indivíduos, mas a evidência disponível aponta ainda resultados contraditórios. Pretende-se assim aprofundar o conhecimento sobre a Literacia em Saúde na Diabetes Mellitus Tipo 2, mais concretamente o papel da Literacia em Saúde na utilização de cuidados nesta população.

#### **3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Para iniciar um processo de investigação, é importante a justificação do estudo, e de grande interesse do investigador apresentar questões de investigação, no qual são apresentadas as linhas de investigação, formas de justificação envolvidas no estudo (Aguar, 2007).

Para a construção no presente estudo, teve como base a seguinte questão de investigação: “Qual a relação entre literacia em saúde e utilização de cuidados no doente com diabetes tipo 2?”

#### **3.3. OBJETIVOS DO ESTUDO**

Assim que é definida a temática e as questões de investigação, o investigador deve definir o que vai executar ao longo do estudo, vai por isso descrever as suas ações de

forma a poder responder às questões de investigação, com a descrição dos objetivos (Aguiar, 2007).

### **3.3.1. Objetivo Geral**

Os objetivos gerais têm como finalidade retratar sumariamente com objetivação as questões de investigação (Aguiar, 2007).

O presente estudo, tem por objetivo:

- Analisar a relação entre a literacia em saúde no doente com diabetes tipo 2 e a utilização dos cuidados de saúde

### **3.3.2. Objetivos Específicos**

Como objetivos específicos definiram-se para o presente estudo:

- Descrever os níveis de literacia em saúde numa amostra de indivíduos com diabetes tipo 2;
- Analisar a relação entre os níveis de literacia em saúde de indivíduos com diabetes tipo 2 e variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Descrever a utilização de cuidados de saúde numa amostra de indivíduos com diabetes tipo 2;
- Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e utilização de cuidados de saúde em doentes com diabetes tipo 2;
- Analisar a relação entre as competências de literacia em saúde e indicadores de utilização de cuidados de saúde de rotina, preventivos e agudizações.

## **3.4. DESENHO DO ESTUDO**

O desenho de estudo consiste em identificar a abordagem metodológica a utilizar, isto é o conjunto de decisões tomadas, de forma a desenvolver e estruturar o estudo, para responder à questão de investigação e dos caminhos a serem percorridos (Fortin, 1999). Este estudo adotou uma abordagem quantitativa, de delineamento transversal, correlacional, assente na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com o intuito ao estabelecimento de relações entre as variáveis identificadas. Considerou-se qual as melhores variáveis, que melhor se adequa para dar resposta à questão de investigação, para possibilitar a identificação, exploração e descrição do que está a ser estudado.

Os estudos correlacionais consistem na análise da relação entre variáveis, através da exploração da relação entre as variáveis, a sua natureza e verificação dos modelos

teóricos. O investigador verifica a força e direção das relações que existem entre determinadas variáveis (Fortin, 1999).

Um estudo transversal corresponde ao tipo de estudo que envolve a medição num único instante de tempo (Aguiar, 2007).

### **3.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população em estudo abrangeu indivíduos com diabetes, que frequentavam cuidados de saúde na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e nas Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Foi utilizada uma amostra não probabilística, convidando a participar o máximo de indivíduos que se deslocaram às unidades de saúde nos períodos de recolha de dados (amostragem sucessiva por conveniência). A amostragem por conveniência ocorre quando a participação é voluntária e pode ser usada com êxito em situações em que seja importante captar ideias gerais e desse modo proceder à identificação de aspetos críticos, com a vantagem de ser rápido de aplicação e mais simples (Sousa e Baptista, 2014). Para este estudo, foram selecionados os participantes com diabetes tipo 2 cujos dados de utilização de cuidados estivessem disponíveis.

### **3.6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Foi solicitada a autorização e revisão ética da APDP e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Uma vez obtida a aprovação, foi iniciada a recolha de dados.

Foram aplicados presencialmente os questionários aos indivíduos nas respetivas instituições. A participação foi voluntária e de preenchimento autónomo, tendo sido acompanhado por uma explicação da aplicação e objetivo do estudo.

Os inquiridos foram convidados a preencher de forma voluntária, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos. Todos assinaram o protocolo de consentimento informado.

### **3.7. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

O protocolo de recolha de dados incluiu um questionário de dados sociodemográficos e de saúde e um questionário sobre literacia em saúde – *Health Literacy Questionnaire*. O questionário de dados sociodemográficos (Anexo III) é constituído por 13 questões. O questionário HLQ tem duas partes (Anexo IV). A primeira parte com 23 questões. A 2ª parte com 21 questões.

### 3.8. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Definir as variáveis é essencial de forma a medir e observar as unidades de investigação que são selecionadas para a elaboração do estudo (Aguilar, 2007). Na tabela 1, apresenta-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo as variáveis relativas à utilização de cuidados. Na tabela 2, apresentam-se as variáveis relativas às competências de literacia em saúde. Em alguns casos, as variáveis originais foram recodificadas, agrupando níveis de resposta, categorizando variáveis numéricas ou realizando o somatório de várias variáveis, (como exemplo na tabela 4, o “vive com, 1=pai, mãe, 2=companheiro, 3=irmão, 4=filho, 5=neto, 6=sozinho, recodificada para vive com 1=acompanhado; 2=sozinho).

Tabela 1 - Variáveis em estudo – Caracterização Sociodemográfica

Variável	Tipo de variável	
Idade (anos)	Númerica/contínua	
Sexo	categórica	1=Feminino 2= Masculino
Nível escolaridade	categórica	1= Até ao 4º ano 2= Até ao 9º ano 3= Até ao 12º ano 4= Curso Superior
Situação Laboral	categórica	1= Trabalhador(a) 2= Reformado(a) 3= Desempregado 4= Doméstica 5= Estudante 6= Outra
Situação Conjugal	categórica	1= Casado(a)/União de Facto 2=Divorciado(a)/Separado(a) 3= Solteiro(a) 4= Viúvo(a)
Vive com (ORIGINAL)	categórica	1= Pai e/ou mãe 2= Companheiro(a)/Conjuge 3= Irmão 4= Filho 5= Neto 6= Sozinho
Vive com (RECODIFICADA)	categórica	1= Acompanhado 2= Sozinho
A minha saúde é...	categórica	1= Ótima 2= Muito Boa 3= Boa 4= Razoável 5= Fraca
Tipo de diabetes (ORIGINAL)	categórica	1=Tipo 1 2= Tipo 2 3= Indeterminado 4= Diabetes secundaria 5= LADA



Tipo de diabetes (Recodificada)	categórica	1= Diabetes Tipo 2 0= Outros Tipos Diabetes
Valor da HbA1c	numérica/continua	
HbA1c	categórica	1= <7 2= 7-8 3= >8
Problemas Associados Diabetes: problemas nos olhos	categórica	1= Sim 2= Não
Problemas Associados Diabetes, problemas nos rins	categórica	1= Sim 2= Não
Problemas Associados Diabetes, problemas nos pés	categórica	1= Sim 2= Não
Problemas Associados Diabetes, problemas vasculares e coração	categórica	1= Sim 2= Não
Problemas Associados Diabetes, Outros?	categórica	1= Sim 2= Não
Internamento hospitalar relacionado com a diabetes nos últimos 12 meses	categórica	1=Sim 2=Não
N.º Consultas Médicas	numérica/continua	
N.º Consultas Especialista Diabetes	numérica/continua	
N.º Consultas com médicos de diferentes especialidades	numérica/continua	
N.º Consultas com outros profissionais de saúde	numérica/continua	
N.º Consultas Totais (Recodificada)	numérica/continua	
Vacina da gripe no último ano	categórica	1=Sim 2=Não

Tabela 2 - Variáveis em Estudo: Domínios/Dimensões de Literacia em Saúde

Variável	Tipo de variável	
Domínio 1: Sentir-se entendido e apoiado por prestadores de cuidados de saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 2: Ter a informação suficiente para gerir a saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 3: Gerir ativamente minha saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 4: Suporte social para a saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 5: Apreciação sobre a informação de saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 6: Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 7: Navegar pelo sistema de saúde	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 8: Ter capacidade de encontrar informações de saúde de boa qualidade	Numérica/contínua	Escala de likert
Domínio 9: Compreender a informação de saúde o suficiente para saber o que fazer	Numérica/contínua	Escala de likert

As principais variáveis para análise de um estudo são sugeridas pelos objetivos específicos. Já as variáveis independentes podem ser vistas como as variáveis por

hipótese preditores das dependentes, como é o caso de variáveis de caracterização sociodemográfica dos indivíduos, fatores de risco etc..., é a variável que representa uma quantidade que está no estudo (Aguiar, 2007).

Na tabela 3 estão discriminadas as variáveis dependentes e independentes utilizadas neste estudo.

Tabela 3 - Variáveis dependentes e variáveis independentes

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamento hospitalar relacionado com a diabetes</li> <li>• Consultas médicas relacionadas com a diabetes</li> <li>• Medidas preventivas (vacina gripe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> <li>• Nível de escolaridade</li> <li>• Vive com ...</li> <li>• HbA1c</li> <li>• Complicações da diabetes</li> <li>• Em geral, diria que a sua saúde é?</li> <li>• Nível Literacia em Saúde – HLQ</li> </ul>

### 3.8.1. Questionário de dados sociodemográficos e de saúde

Foi desenvolvido um questionário para a recolha de dados sociodemográficos e de saúde (Anexo III). Relativamente aos dados sociodemográficos, foi recolhida a seguinte informação: idade, sexo, nível de escolaridade, situação laboral, situação conjugal, agregado familiar. No que se refere aos dados de saúde, solicitou-se a seguinte informação: auto perceção do estado de saúde, tempo de diagnóstico da diabetes, último valor de HbA1c, complicações associadas à diabetes; ocorrência de internamentos no último ano; consultas relacionadas com a diabetes de medicina geral e familiar, com o especialista em diabetes, com outras especialidades médicas, com outros profissionais de saúde; realização da vacina da gripe no último ano.

### 3.8.2. Health Literacy Questionnaire (HLQ)

O HLQ foi desenvolvido e validado pela equipa do Professor Richard Osborne (OSBORNE et al, 2013) para identificar as forças e limitações específicas de literacia em saúde das pessoas e comunidades em nove áreas de literacia em saúde. O questionário é composto por 44 questões, que se distribuem por nove dimensões: (1) Sentir-se entendido e apoiado por profissionais de saúde (exemplo: “Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem”); (2) Ter informação suficiente para

gerir a saúde (exemplo: “Sinto que tenho boa informação sobre saúde”); (3) Gerir ativamente a minha saúde (exemplo: “Passo bastante tempo a cuidar ativamente da minha saúde”); (4) Suporte social para a saúde (exemplo: “Eu posso ter acesso a várias pessoas que me compreendem e me apoiam”); (5) Avaliação de informação de saúde (exemplo: “Comparo informação de saúde de fontes diferentes”); (6) Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde (exemplo: “Sinto-me capaz de discutir as minhas preocupações de saúde com um profissionais de saúde”); (7) Navegar pelo sistema de saúde (exemplo: “Encontro os cuidados de saúde adequados”); (8) Ter capacidade para encontrar informação de saúde de boa qualidade (exemplo: “Encontro informação de saúde em vários locais diferentes”); (9) Compreender informação de saúde o suficiente para saber o que fazer (exemplo: “Preencho os formulários médicos de forma correta”). As cinco primeiras dimensões são pontuadas numa escala de 1 a 4 (“discordo muito”; “discordo”; “concordo”; “concordo muito”) e as restantes quatro dimensões numa escala de 1 a 5 (“não consigo ou faço com muita dificuldade”; “geralmente é difícil”; “às vezes é difícil”; “geralmente é fácil”; “é sempre fácil”).

A versão original do HLQ foi sujeita a um extenso processo de validação. Inicialmente foram gerados 91 itens em 6 escalas com opções de resposta de concordo / discordo e 5 escalas com dificuldade em realizar opções de resposta às tarefas. O teste cognitivo revelou que a maioria dos itens foram bem compreendidos e apenas uma pequena reformulação foi necessária. O teste psicométrico da amostra de calibração identificou 34 itens com performance ou conceptualmente redundantes mais pobres, sendo por isso retirados, o que resultou em 10 escalas. Estes foram testados numa amostra de replicação e refinado para produzir 9 escalas finais compreendendo 44 itens (Osborne *et al.*, 2013).

A versão portuguesa do instrumento foi desenvolvida pela equipa que lidera o *National Health Literacy Demonstration Project* português (NHLDP)<sup>1</sup> (Dulce do Ó, Isabel Loureiro, Ana Rita Goes, João Raposo) seguindo o protocolo estrito de tradução e adaptação definido pelos autores. O estudo de validação não está ainda publicado, mas os dados preliminares sugerem propriedades psicométricas semelhantes ao encontrado nos resultados dos estudos originais.

---

<sup>1</sup> O NHLDPs assenta na abordagem metodológica OPHELIA, que inclui três fases: avaliação de necessidades; co desenho de intervenções; implementação, avaliação e melhoria.

### **3.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS**

O presente estudo foi realizado com o recurso ao software IBM® SPSS® Statistics, versão portuguesa, para a análise estatística, para MAC® e também com o recurso ao Microsoft Excel® 2020 para a formatação das tabelas.

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foi realizada através de estatística descritiva, recorrendo a frequências absolutas e relativas para variáveis nominais, médias, desvio-padrão, medianas, mínimo e máximo para variáveis numéricas. A análise da associação entre variáveis numéricas foi feita com correlações de pearson. Para a comparação de médias foi utilizado o t-student e a ANOVA a um fator. Para analisar a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado.

### **3.10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Para a realização do presente estudo foi deliberado o parecer favorável da Comissão de ética para a Saúde da APDP e da SCML. (Anexo I)

Foram acautelados todos os princípios éticos necessários para este tipo de investigação, para a recolha dos dados neste estudo.

Antes da aplicação dos questionários foi solicitado o preenchimento de um consentimento informado livre e esclarecido (Anexo II), com a respetiva explicação do estudo e objetivos. Neste consentimento está documentado por escrito da decisão voluntária, sem qualquer prejuízo, assistencial ou outro, em caso de recusa de participação.

Foram garantidos os direitos dos participantes, que inclui a proteção de dados, anonimato e confidencialidade de toda a informação obtida, utilizados para efeitos desta investigação.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Foram recolhidos 381 questionários, dos quais 75 foram eliminados por terem muitos dados omissos. Dos 306 questionários considerados válidos para análise, foram selecionados apenas os relativos a participantes com DMII. A amostra deste estudo foi assim constituída por 227 participantes.

Os participantes eram maioritariamente do sexo masculino (52,4%) e tinham uma média de idades de 63,6 (DP=10,3) anos, estando o grupo etário dos 60-69 anos mais representado na amostra (Tabela 4). Cerca de 32% dos participantes tinham até ao quarto ano de escolaridade. Mais de metade dos participantes eram reformados (54,2%). A maioria estava casado ou em união de facto (75,8%) e vivia acompanhado (85,5%).

Tabela 4 - Características dos participantes (n=227)

	<b>M<sup>1</sup>±DP<sup>2</sup> ou n</b>	<b>%</b>
<b>Grupos Etários (anos)</b>	63,6 <sup>1</sup> ±10,3 <sup>2</sup>	
18-39	3	1,3
40-49	20	8,8
50-59	46	20,3
60-69	90	39,6
>70	68	30,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	108	47,6
Masculino	119	52,4
<b>Nível escolaridade</b>		
Até ao 4º ano	72	31,7
Até ao 9º ano	48	21,1
Até ao 12º ano	52	22,9
Curso Superior	47	20,7
Sem respostas	8	3,5
<b>Situação Laboral</b>		
Trabalhador(a)	79	34,8
Reformado(a)	123	54,2
Desempregado	12	5,3
Doméstica	6	2,6
Estudante	1	0,4
Outra	5	2,2
<b>Situação Conjugal</b>		
Casado(a)/União de Facto	172	75,8
Divorciado(a)/Separado(a)	21	9,3
Solteiro(a)	13	5,7
Viúvo(a)	19	8,4
<b>Vive com (REC)*</b>		
Acompanhado	194	85,5
Sozinho	30	13,2

\*Variável Recodificada  
<sup>1</sup> Média  
<sup>2</sup> Desvio Padrão

## 4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

A hemoglobina glicada (HbA1c) variou entre 5,3 e 14,2, sendo que quase metade da amostra (46,7%) apresentou valores claramente acima dos objetivos de controlo Tabela 5),

Tabela 5 - Frequências para a Hemoglobina Glicada (HbA1c)

	n	%	Min. ; Max.
<b>HbA1c</b>			
<7	51	22,5	
7-8	64	28,2	5,3 ; 14,2
>8	106	46,7	

Os problemas de saúde associados à diabetes (Tabela 6) mais presentes nos participantes foram os problemas oculares (42,7%), seguidos dos problemas vasculares e no coração (30,8%

Tabela 6 - Frequências sobre os Problemas de Saúde Associados à Diabetes Tipo 2

	n	%
<b>Problemas nos olhos</b>		
Sim	97	42,7
Não	116	51,1
<b>Problemas nos rins</b>		
Sim	51	22,5
Não	158	69,6
<b>Problemas nos pés</b>		
Sim	49	21,6
Não	157	69,2
<b>Problemas vasculares e no coração</b>		
Sim	70	30,8
Não	137	60,4
<b>Outros problemas</b>		
Sim	14	6,2
Não	125	55,1

No que se refere à auto percepção do estado de saúde, menos de 20% da amostra considerou a sua saúde boa, muito boa ou ótima.

Tabela 7 - Frequências para a Qualidade de Saúde

	n	%
<b>A minha saúde é...</b>		
Ótima	4	1,8
Muito Boa	3	1,3
Boa	33	14,5
Razoável	139	61,2
Fraca	47	20,7

## 4.3. NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE

Na Tabela 8, podemos observar os resultados relativos aos níveis de literacia em saúde obtidos com o HLQ. No geral, os resultados sugerem níveis de literacia em saúde moderados. Nas dimensões pontuadas de 1 a 4, os resultados mais elevados registaram-se nas dimensões “Sentir-se entendido e apoiado pelos profissionais de saúde” e “Suporte social para a saúde” e o resultado mais baixo correspondeu à dimensão “Avaliação de informação de saúde”. Nas dimensões pontuadas de 1 a 5, o resultado mais elevado verificou-se na dimensão “Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde” e o resultado mais baixo na dimensão “Capacidade de encontrar informação de saúde de boa qualidade”

Tabela 8 - Nove Domínios da Literacia em Saúde - HLQ

Domínios Literacia em Saúde (9 domínios)		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pontuação 1 - 4	Sentir-se entendido e apoiado por profissionais de saúde	1,75	4,00	3,16	0,50
	Ter a informação suficiente para gerir a saúde	1,75	4,00	2,96	0,48
	Gerir ativamente minha saúde	1,20	4,00	2,82	0,47
	Suporte social para a saúde	1,60	4,00	3,08	0,47
	e informação de saúde	1,00	4,00	2,78	0,49
Pontuação 1 - 5	Capacidade de se envolver ativamente com de saúde	2,00	5,00	3,80	0,64
	Navegar pelo sistema de saúde	1,83	5,00	3,55	0,62
	apacidade de encontrar informaç de saúde de boa qualidade	1,60	5,00	3,50	0,68
	Compreender a informação de saúde o suficiente para saber o que fazer	1,40	5,00	3,71	0,63

#### 4.4. LITERACIA EM SAÚDE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Os níveis de literacia em saúde nos diferentes domínios do HLQ para homens e mulheres foram semelhantes (Tabela 9).

No que se refere à idade, verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre a idade e os domínios “Navegar no sistema de saúde” ( $r=-0,156$ ,

$p=0,019$ ), “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” ( $r=-0,230$ ,  $p<0,001$ ) e “Compreender informação de saúde” ( $r=-0,181$ ,  $p=0,006$ ). Em relação às pontuações por grupo etário, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Compreender informação de saúde”, em que o grupo etário dos 75 ou mais anos obteve pontuações mais baixas do que os grupos etários dos 18-54 e dos 55-64 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para os domínios “Navegar no sistema de saúde”, “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” e “Compreender informação de saúde”, com níveis mais elevados de literacia em saúde para níveis mais elevados de escolaridade. No caso dos dois últimos domínios, as diferenças encontram-se entre o nível elevado e baixo de escolaridade.

Em relação à coabitação, não se verificaram diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde entre indivíduos que vivem sozinhos e acompanhados.

Para na hemoglobina glicada, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o nível de HbA1c e o domínio “Gerir ativamente a saúde” ( $r=-0,207$ ,  $p=0,002$ ). Adicionalmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios “Ter informação suficiente para gerir a saúde”, “Gerir ativamente a saúde” e “Compreender informação de saúde”, de acordo com os valores de HbA1c. No domínio “Ter informação suficiente para gerir a saúde”, o grupo com resultados de hemoglobina glicada acima de 8 registou níveis de literacia em saúde mais baixos do que o grupo com resultados de HbA1c entre 7 e 8. Nos domínios “Gerir ativamente a saúde” e “Compreender informação de saúde”, o grupo com resultados de hemoglobina glicada superiores a 8 registou níveis de literacia em saúde mais baixos do que o grupo com valores de HbA1c abaixo de 7.

Para o número de complicações da diabetes, verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas com os domínios “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” ( $r=-0,152$ ,  $p=0,023$ ) e “Compreender informação de saúde” ( $r=-0,164$ ,  $p=0,014$ ). Verificaram-se também diferenças significativas no domínio “Compreender informação de saúde”, com níveis mais baixos de literacia em saúde no grupo com duas complicações do que no grupo sem complicações.

Relativamente à auto percepção do estado de saúde, verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas com os domínios “Ter informação suficiente para gerir a saúde” ( $r=0,163$ ,  $p=0,014$ ), “Navegar no sistema de saúde” ( $r=0,271$ ,  $p<0,001$ ), “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” ( $r=0,323$ ,  $p<0,001$ ) e



“Compreender informação de saúde” ( $r=0,307$ ,  $p<0,001$ ). Comparando os grupos que classificaram o seu estado de saúde como razoável/fraco e bom/muito-bom/ótimo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios “Gerir ativamente a saúde”, “Navegar no sistema de saúde”, “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” e “Compreender informação de saúde”. As diferenças relativas ao domínio “Ter informação suficiente para gerir a saúde” aproximaram-se também da significância estatística. Os grupos com uma pior perceção do estado de saúde registaram níveis de literacia em saúde mais baixos.

Tabela 9 - Comparação das médias e o desvio padrão entre as características dos participantes e os domínios da literacia para a saúde

	Média								
	HLQ 1	HLQ 2	HLQ 3	HLQ 4	HLQ 5	HLQ 6	HLQ 7	HLQ 8	HLQ 9
<b>Género<sup>a</sup></b>									
Feminino	3,12	2,99	2,80	3,04	2,77	3,79	3,53	3,50	3,70
Masculino	3,20	2,9	2,83	3,12	2,79	3,82	3,57	3,49	3,71
<b>Idade<sup>b</sup></b>									
18-54	3,19	2,92	2,80	3,08	2,87	3,89	3,70	3,71	<b>3,84</b>
55-64	3,14	2,90	2,75	3,01	2,76	3,80	3,51	3,56	<b>3,77</b>
65-74	3,18	3,01	2,86	3,14	2,80	3,82	3,61	3,48	3,71
75+	3,11	2,99	2,90	3,11	2,71	3,64	3,34	3,17	<b>3,41</b>
<b>Escolaridade<sup>a</sup></b>									
Baixa	3,14	2,98	2,84	3,11	2,73	3,78	3,46	<b>3,34</b>	<b>3,57</b>
Média	3,15	2,87	2,78	3,09	2,86	3,87	3,67	3,54	3,75
Alta	3,22	2,99	2,78	3,02	2,84	3,81	<b>3,69</b>	<b>3,81</b>	<b>3,96</b>
<b>Coabitação<sup>a</sup></b>									
Acompanhado	3,17	2,96	2,80	3,10	2,79	3,82	3,57	3,51	3,72
Sozinho	3,16	3,00	2,93	3,08	2,79	3,73	3,46	3,43	3,65
<b>HbA1C<sup>b</sup></b>									
<7	3,19	2,95	2,96	3,08	2,84	3,84	3,69	3,64	<b>3,88</b>
7-8	3,23	<b>3,08</b>	<b>2,86</b>	3,18	2,78	3,82	3,54	3,48	3,68
>8	3,10	<b>2,89</b>	<b>2,72</b>	3,02	2,74	3,75	3,48	3,42	<b>3,62</b>
<b>Complicações<sup>b</sup></b>									
0	3,21	3,01	2,81	3,06	2,80	3,83	3,58	3,61	<b>3,83</b>
1	3,08	2,91	2,82	3,08	2,79	3,82	3,60	3,52	3,75
2	3,16	3,00	2,87	3,15	2,83	3,81	3,47	3,39	<b>3,50</b>
3+	3,20	2,88	2,72	3,05	2,65	3,66	3,51	3,31	3,63
<b>Estado de Saúde<sup>a</sup></b>									
Razoável/Fraco	3,14	2,9	<b>2,79</b>	3,06	2,76	3,77	<b>3,48</b>	<b>3,42</b>	<b>3,64</b>
Bom/Muito Bom/Ótimo	3,23	3,1	2,95	3,17	2,88	3,93	<b>3,84</b>	<b>3,85</b>	<b>4,02</b>

**Legenda:** HLQ, Health Literacy Questionnaire; HbA1C, hemoglobina glicada

Valores a negrito apresentam diferenças significativas.

<sup>a</sup>Analisado com o teste t de Student

#### 4.5. UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Na utilização dos cuidados (Tabela 10), verificou-se que apenas 15 participantes tiveram internamentos no último mês, sendo que 12 tiveram apenas um internamento e três tiveram dois internamentos. Observou-se uma grande dispersão no número de dias de internamento, sendo que a maior parte dos participantes teve até 5 dias de internamento. Relativamente ao número de consultas médicas relacionadas com a diabetes com o médico de família/centro de saúde verificou-se que um quarto dos participantes (25,6%) não teve estas consultas; entre os que tiveram, verificou-se um máximo de 12 consultas e uma média de 1,9. Quanto às consultas com o médico especialista da diabetes, apenas nove participantes reportaram não ter tido estas consultas, tendo-se verificado uma variação entre uma e oito consultas no último ano, com uma média de 2,3 consultas. Mais de 80% dos participantes reportaram ter tido consultas em especialidades médicas (oftalmologia, cardiologia, nefrologia), sendo as consultas de oftalmologia as frequentadas por uma percentagem mais elevada de participantes (75%), em que mais de metade destes teve entre uma e duas consultas. Uma percentagem elevada de participantes relatou também consultas com outros profissionais de saúde: cerca de 70% com o enfermeiro; 38% com o nutricionista; 37% com o podologista.

Tabela 10 - Análise Descritivas da Utilização dos Cuidados

<b>Utilização Cuidados</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>nº de internamentos.</b>	227	0	2	0,08	0,32
<b>nº de dias de internamento.</b>	227	0	180	1,63	12,06
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o Médico de Família/ Centro de Saúde</b>	204	0	12	1,90	1,97
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o médico especialista em Diabetes</b>	218	0	8	2,32	1,20
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o médico de especialidade de Oftalmologia</b>	195	0	21	1,64	2,33

<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o médico de especialidade de Cardiologia</b>	168	0	77	0,92	5,96
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o médico de especialidade de Nefrologia</b>	161	0	8	0,55	1,34
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o profissional de saúde Enfermeira(o)</b>	179	0	30	2,36	3,59
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o profissional de saúde Nutricionista(o)</b>	165	0	4	0,57	0,88
<b>nº de consultas médicas relacionadas com a diabetes nos últimos 12 meses: com o profissional de saúde Pedóloga(o)</b>	159	0	12	0,94	1,77

#### 4.6. UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Relativamente ao **número de consultas**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, sendo que os homens tiveram em média mais consultas da especialidade (oftalmologia, nefrologia e cardiologia) do que as mulheres (2,86 VS 1,93) (Tabela 11).

Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas no número de consultas da especialidade de acordo com o grupo etário, sendo que o grupo dos 18-54 anos realizou menos consultas do que o grupo dos 65-74 anos.

Registaram-se valores médios mais elevados no número de consultas de Medicina Geral e Familiar em indivíduos com níveis baixos de escolaridade do que em indivíduos com níveis elevados de escolaridade. Indivíduos com nível médio de escolaridade tiveram mais consultas da especialidade do que indivíduos com níveis baixos e elevados de escolaridade.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no número de consultas entre indivíduos que vivem sozinhos e acompanhados.

Relativamente às associações com variáveis clínicas, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de consultas da especialidade e o valor de HbA1c ( $r=-0,177$ ,  $p=0,012$ ), mas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no número de consultas de acordo com os níveis de HbA1c.

Verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre o número de complicações da diabetes e o número de consultas de MGF ( $r=0,150$ ,  $p=0,034$ ), especialista da diabetes ( $r=0,144$ ,  $p=0,036$ ) e outras especialidades ( $r=0,380$ ,  $p<0,001$ ). Verificaram-se também diferenças significativas no número de consultas de acordo com a presença de complicações. O número de consultas de MGF foi superior em indivíduos com 2 complicações do que em indivíduos sem complicações da diabetes. O número de consultas da especialidade foi mais alto para indivíduos com uma, duas ou três ou mais complicações do que para indivíduos sem complicações. Indivíduos com três ou mais complicações também registaram um número mais elevado de consultas da especialidade do que indivíduos com apenas uma complicação.

Verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de consultas de MGF e a auto percepção do estado de saúde ( $r=-0,211$ ,  $p=0,002$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no número de consultas entre indivíduos com melhor e pior auto percepção do estado de saúde.

Relativamente à realização da **vacina na gripe**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género, nível de escolaridade ou coabitação. Verificou-se uma maior probabilidade de realização da vacina entre indivíduos com 75 ou mais anos e uma menor probabilidade de vacinação entre indivíduos com 18 a 54 anos, enquanto nos grupos etários intermédios não foram evidentes diferenças. Indivíduos com valores de HbA1c inferiores a 7 tiveram uma menor probabilidade de realizar a vacina da gripe e indivíduos com valores entre 7 e 8 tiveram uma maior probabilidade de a realizar. Não se verificou associação estatisticamente significativa com o número de complicações nem com a auto percepção do estado de saúde.

Quanto à ocorrência de um **internamento**, não se verificaram associações estatisticamente significativas com o género, grupo etário, nível de escolaridade ou coabitação. Também não se verificaram associações estatisticamente significativas com o valor da HbA1c ou com a auto percepção do estado de saúde. Verificou-se uma menor probabilidade de internamento entre indivíduos sem complicações ou com apenas uma complicação do que em indivíduos com múltiplas complicações da diabetes.

Tabela 11 – Número de consultas de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas

	Média ± Desvio padrão			n			
				Vacina da gripe <sup>c</sup>		Internamento hospitalar <sup>c</sup>	
	Nº de consultas MGF	Nº de consultas especialista diabetes	Nº de consultas especialidade (Oft.; Card.; Nefro.)	Sim	Não	Sim	Não
<b>Gênero<sup>a</sup></b>							
Feminino	2,01±1,93	2,36±1,31	<b>1,93±2,22</b>	48	58	7	101
Masculino	1,80±2,01	2,28±1,02	<b>2,86±3,35</b>	66	53	8	111
<b>Idade<sup>d</sup></b>							
18-54	1,27±1,64	2,56±1,11	<b>1,29±1,23</b>	12	25	1	36
55-64	2,00±2,26	2,32±1,20	2,04±2,21	41	40	6	75
65-74	2,06±1,70	2,08±1,00	<b>3,14±3,76</b>	39	34	4	71
75+	2,10±2,07	2,56±1,60	2,91±3,06	<b>22</b>	<b>12</b>	4	30
<b>Escolaridade<sup>d</sup></b>							
Baixa	<b>2,22±2,17</b>	2,18±1,20	2,07±2,40	62	56	8	112
Média	1,90±1,87	2,52±1,11	3,71±4,07	23	29	4	48
Alta	<b>1,17±1,36</b>	2,36±1,24	<b>1,79±1,88</b>	24	23	3	44
<b>Coabitação<sup>a</sup></b>							
Sozinho	1,61±1,77	2,10±1,21	2,25±2,74	11	19	0	30
Acompanhado	1,95±2,02	2,35±1,21	2,42±2,93	101	91	15	179
<b>HbA1C<sup>d</sup></b>							
<7	1,85±1,91	2,20±1,19	2,74±2,75	20	30	4	47
7-8	1,87±1,58	2,43±1,40	2,60±2,99	40	24	4	60
>8	1,99±2,52	2,36±1,07	2,22±2,93	50	55	7	99
<b>Complicações<sup>b</sup></b>							
0	<b>1,48 ±2,02</b>	2,12±1,04	<b>0,83±0,89</b>	31	39	3	68
1	1,87±1,84	2,22±1,20	<b>2,33±3,06</b>	34	38	1	72
2	<b>2,56±2,11</b>	2,50±1,54	<b>3,44±2,95</b>	30	17	7	40
3+	2,12±1,72	2,67±1,32	<b>4,01±3,45</b>	16	15	4	27
<b>Estado de Saúde<sup>b</sup></b>							
Razoável/Fraco	2,02±2,06	2,37±1,23	2,49±2,97	97	88	14	172
Bom/Muito Bom/Ótimo	1,39±1,40	2,08±1,04	2,03±2,53	17	22	1	39

**Legenda:** HLQ, Health Literacy Questionnaire; HbA1C, hemoglobina glicada  
Valores a negrito apresentam diferenças significativas.  
<sup>a</sup> Analizado com Teste-t  
<sup>b</sup> Analizado com a correlação Pearson  
<sup>c</sup> Analizado com Qui-Quadrado  
<sup>d</sup> Analizado com ANOVA

#### 4.7. LITERACIA EM SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, que serviu para analisar a intensidade e a direção da relação linear entre duas variáveis contínuas. O coeficiente de correlação pode variar em termos de valor de -1 a +1. Por isso mais forte é a relação entre as variáveis, quanto maior for o valor absoluto do coeficiente. Para a correlação de Pearson, um valor absoluto de 1 indica uma relação linear perfeita. A correlação perto de 0 indica que não há relação linear entre as variáveis. Para a determinação da correlação entre as variáveis, ser significativa, compara-se o valor de p com o seu nível de significância. Um valor “α” de 0,05 indica que o risco de concluir que uma correlação existe quando. O valor de p indica se o coeficiente de correlação é significativamente diferente de 0, um coeficiente de 0 indica que não existe uma relação linear (Aguiar, 2007).

Utilizada a análise de variância, ANOVA, que vai comparar médias de diferentes populações de forma a verificar se existem médias iguais ou não (Aguiar, 2007).

O test t de Student utilizado também e que consiste num teste de hipóteses que vai utilizar os conceitos estatísticos de forma a rejeitar ou não uma hipótese nula (Aguiar, 2007).

Não se encontraram diferenças significativas para nenhum domínio da literacia em saúde de acordo com a realização da vacina da gripe (Tabela 12).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhum domínio da literacia em saúde, de acordo com a ocorrência de um internamento hospitalar (Tabela 13).

Tabela 12 – Comparação dos níveis de literacia em saúde de acordo com a realização da vacina da gripe na utilização de cuidados e os domínios da literacia para a saúde

Média ± Desvio padrão			
	Vacina <sup>a</sup>		
	Sim	Não	<i>p</i>
HLQ1	3,21±0,48	3,11±0,51	0,117
HLQ2	2,96±0,50	2,95±0,45	0,957
HLQ3	2,79±0,43	2,83±0,50	0,421
HLQ4	3,03±0,47	3,12±0,46	0,188
HLQ5	2,74±0,50	2,82±0,48	0,243
HLQ6	3,79±0,64	3,79±0,64	0,919
HLQ7	3,53±0,64	3,57±0,58	0,612
HLQ8	3,44±0,68	3,53±0,67	0,352
HLQ9	3,70±0,65	3,70±0,60	0,940

**Legenda:** HLQ, Health Literacy Questionnaire

<sup>a</sup>Analisado com o teste t de Student

Tabela 12- Comparação dos níveis de literacia em saúde de acordo com a ocorrência de internamentos na utilização de cuidados e os domínios da literacia para a saúde

Média ± Desvio padrão			
	Internamento Hospitalar		p
	Sim	Não	
HLQ1	3,17±0,56	3,16±0,49	0,965
HLQ2	2,97±0,53	2,96±0,48	0,946
HLQ3	2,71±0,39	2,82±0,47	0,351
HLQ4	3,27±0,49	3,07±0,46	0,117
HLQ5	2,61±0,61	2,80±0,48	0,167
HLQ6	3,72±0,55	3,81±0,65	0,616
HLQ7	3,60±0,61	3,55±0,62	0,752
HLQ8	3,52±0,76	3,49±0,67	0,889
HLQ9	3,66±0,64	3,71±0,63	0,774

**Legenda:** HLQ, Health Literacy Questionnaire  
<sup>a</sup>Analisado com o teste t de Student

No que se refere à associação entre os níveis de literacia em saúde e o número de consultas no último ano, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os diferentes domínios de literacia em saúde e o número de consultas com o médico de medicina geral e familiar (Tabela 14). Contudo, as correlações entre o número de consultas com o médico de família e os domínios “Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde” ( $r=0,135$ ,  $p=0,055$ ) e “Avaliação de informação de saúde” ( $r=0,135$ ,  $p=0,054$ ) aproximaram-se da significância estatística. Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre o número de consultas com o especialista da diabetes e os níveis de literacia em saúde nos diferentes domínios. Relativamente às correlações com o número de consultas da especialidade, verificou-se que quanto mais elevados os níveis de literacia em saúde nos domínios “Suporte social” e “Avaliação de informação de saúde”, maior o número de consultas da especialidade. Por outro lado, verificou-se que quanto mais baixos os níveis de literacia em saúde no domínio “Compreender informação de saúde”, maior o número de consultas da especialidade.

Tabela 13 - Correlações entre os níveis de literacia em saúde e o número de consultas

	Correlação								
	HLQ 1	HLQ 2	HLQ 3	HLQ 4	HLQ 5	HLQ 6	HLQ 7	HLQ 8	HLQ 9
Nº de consultas MGF	0,135	0,075	0,107	0,022	0,135	-0,019	-0,011	-0,118	-0,105
Nº de consultas especialista da diabetes	0,006	-0,031	-0,065	-0,062	-0,117	0,003	-0,012	-0,089	-0,018
Nº de consultas da especialidade	0,095	0,057	0,074	<b>0,232**</b>	<b>0,166*</b>	0,009	0,036	-0,046	<b>-0,140*</b>
<b>Legenda:</b> HLQ, Health Literacy Questionnaire; Valores a negrito apresentam correlações significativas * $<0,05$ ; ** $<0,01$ ; *** $<0,001$ Analisado com a correlação de Pearson									

## 5. DISCUSSÃO

Este trabalho explorou os níveis de literacia em saúde e a utilização de cuidados de saúde em indivíduos com diabetes tipo 2. Os resultados encontrados reforçam a importância de adotar uma avaliação multidimensional da literacia em saúde bem como a necessidade de considerar as especificidades inerentes a diferentes indicadores de utilização de cuidados.

### 5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta amostra de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2, os níveis de **literacia em saúde** foram moderados. Destacam-se os resultados mais baixos nas dimensões “Avaliação de saúde” e “Capacidade para encontrar boa informação de saúde”, que vão de encontro ao já encontrado noutros trabalhos com o Health Literacy Questionnaire (Friis *et al.*, 2020; Goodwin *et al.*, 2018; Jansen *et al.*, 2018; Jessup *et al.*, 2018; Maindal *et al.*, 2016). Por outro lado, níveis mais elevados encontraram-se nas dimensões “Sentir-se entendido e apoiado pelos profissionais de saúde”, “Ter informação suficiente para gerir a saúde” e “Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde”. Noutros estudos (Friis *et al.*, 2020; Goodwin *et al.*, 2018; Jessup *et al.*, 2018), também se verificou uma tendência para pontuações mais elevadas na dimensão “Sentir-se entendido e apoiado pelos profissionais de saúde”. Já um resultado mais elevado na dimensão “Capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde” apenas foi encontrado no estudo de Maindal e colaboradores (Friis *et al.*, 2020; Goodwin *et al.*, 2018; Jessup *et al.*, 2018). Importa referir que esta amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos acompanhados na APDP, cuja longa tradição na educação terapêutica poderá contribuir para este resultado mais elevado. Indivíduos mais velhos e com menor escolaridade mostraram maiores dificuldades em “Compreender informação de saúde”. Níveis elevados de escolaridade tendem a corresponder a níveis elevados de literacia em saúde (Espanha *et al.*, 2016). Os participantes com níveis mais elevados de HbA1c revelaram níveis mais baixos nos domínios “Ter informação suficiente para gerir a saúde”, “Gerir ativamente a saúde” e “Compreender informação de saúde”. Indivíduos com mais complicações associadas à diabetes também mostraram mais dificuldades nos domínios “Capacidade para encontrar boa informação de saúde” e “Compreender informação de saúde”. Estes resultados apontam grupos de particular vulnerabilidade no que diz respeito à literacia em saúde e correlatos específicos.

No que se refere aos indicadores de **utilização de cuidados**, nesta amostra verificou-se uma frequência baixa de internamentos, apesar da elevada percentagem de



participantes com níveis de HbA1c fora dos objetivos de controlo da doença e também da presença elevada de complicações. Em relação ao número de consultas, tanto o número médio de consultas de medicina geral e familiar como o número médio de consultas com o especialista da diabetes se encontraram de acordo com os indicadores de assistência ao doente com diabetes. Contudo, tendo em conta que se trata de uma amostra com alguns indicadores de descompensação, parece ser um número médio baixo. Verificou-se também uma elevada frequência de consultas de outras especialidades médicas e com outros profissionais de saúde, o que vai de encontro ao carácter multidisciplinar do acompanhamento da diabetes. Apenas metade dos participantes realizou a vacina da gripe no último ano, o que parece claramente insuficiente. A sobrecarga da diabetes traz implicações no tratamento de complicações relacionadas com a diabetes, quer sejam complicações agudas ou crónicas. Ambas contribuem significativamente para o aumento de custos diretos com a saúde, onde os internamentos hospitalares são o maior foco (International Diabetes Federation, 2015).

Verificou-se um número médio de consultas superior em indivíduos do género masculino, mais velhos, com níveis de escolaridade mais baixos e com mais complicações relacionadas com a diabetes. Sabemos que, nos fatores de predisposição, fatores relacionados com a utilização de cuidados, o indivíduo poderá estar mais suscetível à utilização dos serviços de saúde, vão determinar o status do indivíduo na sociedade, a sua capacidade em lidar com problemas do dia a dia, se é saudável, assim como o ambiente em que vive; e as crenças em saúde, que são os valores, atitudes e conhecimento que os indivíduos têm sobre o seu estado de saúde, assim como dos serviços de saúde, que influenciam a sua própria perceção da necessidade e uso dos serviços de saúde (Andersen, 1968; Pavão e Coeli, 2008; Quintal *et al.*, 2012).

Relativamente à vacina da gripe, indivíduos mais velhos e com mais complicações tiveram uma maior probabilidade de a realizar. As orientações da OMS, recomendam a vacinação. A resposta imune de pacientes diabéticos à vacinação contra influenza sugere uma proteção válida. Existe aumento de risco na pessoa com diabetes mellitus, em desenvolver complicações graves após a infeção pelo vírus influenza. (Pozzilli *et al.*, 1986).

No que se refere à associação entre **níveis de literacia em saúde e indicadores de utilização de cuidados de saúde**, não se verificaram associações estatisticamente significativas com a maioria dos indicadores de cuidados. Contudo, verificou-se que níveis mais elevados nos domínios “Suporte social para a saúde” e “Avaliação de informação de saúde” se associaram a um maior número de consultas da especialidade,

sugerindo que estes recursos e competências de literacia em saúde serão importantes para que os indivíduos consigam frequentar estas consultas e, eventualmente, as valorizem. Pelo contrário, verificou-se que níveis mais baixos na dimensão “Compreender informação de saúde” se associaram a um maior número de consultas da especialidade. Este resultado pode sugerir que indivíduos com maiores dificuldades na compreensão de informação de saúde terão um maior risco de desenvolver complicações relacionadas com a diabetes, requerendo um maior apoio nas consultas da especialidade. Adicionalmente, as correlações entre os domínios “Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde” e “Avaliação de Informação de Saúde” e o número de consultas de MGF aproximaram-se da significância estatística, sugerindo que estes indivíduos terão uma maior facilidade de acesso a cuidados.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os níveis de literacia em saúde e a ocorrência de internamentos ou realização da vacina da gripe. A literatura mostrou associação entre níveis baixos de literacia em saúde e o risco para a utilização de cuidados de emergência e o risco de hospitalização (Baker *et al.*, 2004; Cho *et al.*, 2008; Howard *et al.*, 2005; Murray *et al.*, 2009; Paasche-Orlow, Michael K. *et al.*, 2005; Zarcadoolas *et al.*, 2003). Além disso nos s EUA diversas pesquisas, evidenciam que a baixa literacia em saúde está relacionada com maior hospitalização, assim como as idas à urgência. Em países como a Dinamarca em que o sistema de saúde é universal, o nível de conhecimento em saúde afeta a utilização dos cuidados de saúde (Friis *et al.*, 2020). A ausência de associações significativas no nosso trabalho pode ficar a dever-se à utilização de um instrumento com outras características e à baixa percentagem de participantes que registaram internamentos no último ano. Nos serviços preventivos diversos estudos fornecem evidências moderadas de uma menor probabilidade para a realização de imunizações contra o vírus influenza (Bennett *et al.*, 2009; Friis *et al.*, 2020; Howard *et al.*, 2006; Sudore *et al.*, 2006; White, Sheida *et al.*, 2008).

O conhecimento do paciente sobre a doença influencia o comportamento na procura de saúde e é essencial conhecer o nível de conhecimento dos pacientes para um melhorar os cuidados de saúde. Contudo existe a crescente preocupação na utilização de serviços de saúde na área da diabetes, no que diz respeito à informação sobre acesso a cuidados de saúde (Siddique *et al.*, 2017).

Os fatores demográficos, socioeconómicos e de apoio social podem ser considerados como contribuintes positivos na facilitação de atividades de autocuidado em pessoas diabéticas, além do papel dos clínicos na promoção do autocuidado (Povey e Clark-Carter, 2007; Shrivastava *et al.*, 2013). A necessidade de existir uma abordagem

sistemática, multifacetada e integrada para promover práticas de autocuidado na pessoa diabética, de forma a evitar complicações a longo prazo (Shrivastava *et al.*, 2013).

## **5.2. PRINCIPAIS LIMITAÇÕES**

Na fase final deste estudo, seria importante delinear algumas limitações que foram encontradas, de forma a poder dar sugestões e recomendações para futuras investigações. Uma das limitações iniciais a esta investigação prende-se pela constituição da própria amostra que é limitada a duas instituições. Assim como recomendação seria importante alargar a amostra participantes um universo mais diverso de participantes. O facto de a maior parte dos indivíduos ter sido recrutado na APDP, contribuirá para o facto de se contar com uma amostra com quadros particularmente difíceis, em termos de indicadores de compensação da doença e complicações associadas à diabetes.

Outra limitação prende-se pelo facto de não incluir as idas à urgência no questionário inicial, o qual poderia dar um maior destaque no que concerne à utilização de cuidados, pelo que fica como sugestão a sua inclusão futura para investigação.

## 6. CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu identificar áreas de maior força e fragilidade quanto às competências de literacia em saúde de indivíduos com diabetes tipo 2, salientando-se os resultados mais baixos em dimensões que apontam para competências mais avançadas. Será importante garantir a facilidade de acesso a informação de saúde para esta população, bem como apoiar estes indivíduos a distinguir entre informação de boa e má qualidade, nomeadamente fornecendo sugestões de fontes de informação adequadas. Os resultados encontrados permitiram também grupos de maior vulnerabilidade em relação às competências de literacia em saúde, com destaque para os indivíduos mais velhos e com menos escolaridade.

Relativamente à utilização de cuidados, verificou-se que apenas metade da amostra realizou a vacina da gripe, que constitui uma medida preventiva reconhecida no combate à diabetes. Verificou-se também um número médio de consultas que aparenta ser baixo tendo em conta as características da amostra.

A análise da associação entre literacia em saúde e utilização de cuidados mostrou resultados que sugerem algum nível de especificidade quando a estas associações. Por um lado, nem todos os indicadores de utilização de cuidados evidenciaram associações com os níveis de literacia em saúde. Por outro lado, as associações encontradas com o número de consultas apontaram domínios específicos da literacia em saúde que poderão ter um papel particularmente relevante no acesso a cuidados de saúde, sugerindo a importância de apoiar os indivíduos a mobilizar recursos de apoio, a avaliar informação de saúde e a compreender a informação.

Considerando que a investigação que tem explorado esta associação entre literacia em saúde e utilização de cuidados tem usado maioritariamente instrumentos com outro tipo de características, sugere-se que estudos futuros mantenham a utilização de um instrumento multidimensional, com uma maior amostra da população e maior diversidade de locais de estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. **JAMA.** , 281(6), 552–557. doi: 10.1001/jama.281.6.552.

AGUIAR, P. - Estatística em investigação epidemiológica: SPSS. . Lisboa : Climepsi Editores, 2007.

ALBERTI, K. G.; ZIMMET, P. Z. - Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus: provisional report of a WHO consultation. **Diabetic Medicine.** , 15(7), 539–553.

ANDERSEN, R. - A behavioral model of families' use of health services. . Chicago, IL : Center for Health Administration Studies. University of Chicago, 1968.

ANTUNES, M. L. - A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. Em **XI Jornadas APDIS: As bibliotecas da saúde: que futuro?**, Lisboa, 27-28 março 2014. Lisboa : APDIS, 2014 (pp. 123–33).

BAKER, D. W. *et al.* - Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. **Journal of General Internal Medicine.** , 19(3), 215–220.

BAKER, D. W. - The meaning and the measure of health literacy. **Journal of General Internal Medicine.** , 21(8), 878–883.

BARBER, M. N. *et al.* - Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. **Health Promotion International.** , 24(3), 252–261.

BATTERHAM, R. W. *et al.* - The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. **BMC Public Health.** , 14(1), e694.

BENNETT, I. M. *et al.* - The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. **Annals of Family Medicine.** , 7(3), 204–11.

BERKMAN, N. *et al.* - Health literacy interventions and outcomes: an update of the literacy and health outcomes systematic review of the literature (Evidence Report /

Technology Assessment;199). . Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

BERKMAN, N. D. *et al.* - Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of Internal Medicine**. ISSN 15393704 , 155(2), 97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

BOOTH, G. L.; HUX, J. E. - Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. **Archives of Internal Medicine**. ISSN 00039926 , 163(1), 101–106. doi: 10.1001/archinte.163.1.101.

CHO, Y. I. *et al.* - Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. **Social Science and Medicine**. , 66(8), 1809–1816.

DAVIS, T. *et al.* - Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Family Medicine**. , 25(6), 391–395.

DOYLE, G. *et al.* - Health literacy, health care utilization, and direct cost of care among linguistically diverse patients with Type 2 diabetes mellitus. **Health Literacy Research and Practice**. , 1(3), e116–e126.

ESPANHA, R.; ÁVILA, P.; MENDES, V. - Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese. . Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2016.

EUROPEAN COMMISSION - Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. . Brussels : European Commission, 2007.

EZZATI, M. *et al.* - The contributions of risk factor trends and medical care to cardiovascular mortality trends. **Nature Reviews Cardiology**. , 12(9), 508–530.

FAWCETT, S. *et al.* - Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. **Global Health Promotion**. , 17(4), 52–56.

FORTIN, M.-F. - O processo de investigação. . Loures : Lusociência, 1999.

FRANZEN, J. *et al.* - The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. **European Journal of Public Health**. , 24(6), 997–1003.

FREEDMAN, D. A. *et al.* - Public health literacy defined. **American Journal of**

**Preventive Medicine.** , 36(5), 446–451.

FRIIS, K. *et al.* - Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. **BMJ Open.** , 6(1), e009627.

FRIIS, K. *et al.* - Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders: a Danish population-based 4-year follow-up study. **European Journal of Public Health.** , 30(5), 866–872.

FUNNELL, M. M. *et al.* - National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care.** , 34(Suppl. 1), S89–S96.

GILLIS, D.; BEGORAY, D. L.; ROWLANDS, G. (EDS.) - Health literacy in context: international perspectives. . New York, NY : Nova Science Publishers, 2000.

GOEIJENBIER, M. *et al.* - Benefits of flu vaccination for persons with diabetes mellitus: a review. **Vaccine.** , 35(38), 5095–5101.

GOODWIN, B. C. *et al.* - Health literacy and the health status of men with prostate cancer. **Psycho-Oncology.** ISSN 10991611 , 27(10), 2374–2381. doi: 10.1002/pon.4834.

HÄUSSLER, B.; BERGER, U. - Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme: Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung. . Baden-Baden : Nomos Verlagsgesellschaft, 2004.

HOPE, C. J. *et al.* - Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. **American Journal of Health-System Pharmacy.** , 61(19), 2043–2049.

HOWARD, D. H.; GAZMARARIAN, J.; PARKER, R. M. - The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. **The American Journal of Medicine.** , 118(4), 371–377.

HOWARD, D. H.; SENTELL, T.; GAZMARARIAN, J. A. - Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. **Journal of General Internal Medicine.** , 21(8), 857–61.

IBRAHIM, S. Y. *et al.* - Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK

population with coronary heart disease. **Journal of Public Health.** , 30(4), 449–455.

INSTITUTE OF MEDICINE - Health literacy: improving health, health systems and health policy around the world: Workshop summary. . Washington, DC : Institute of Medicine. The National Academies Press, 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF Diabetes Atlas 2019. . Brussels : International Diabetes Federation, 2015.

JANSEN, T. *et al.* - The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. **BMC Health Services Research.** ISSN 14726963 , 18(1), 1–13. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4.

JESSUP, R. L. *et al.* - Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia. **BMC Health Services Research.** ISSN 1472-6963 , 18(1), 134. doi: 10.1186/s12913-018-2921-4.

KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. - Navigating health: the role of health literacy. . London : Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK, 2005.

KONDILIS, B. K. *et al.* - Mapping health literacy research in the European Union: a bibliometric analysis. **PLoS ONE.** , 3(6), e2519.

KONDILIS, B. K.; SOTERIADES, E. S.; FALAGAS, M. E. - Health literacy research in Europe: a snapshot. **European Journal of Public Health.** , 16(1), 113–113.

KWAN, B.; FRANKISH, J.; ROOTMAN, I. - The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. . Vancouver, BC : Institute of Health Promotion Research. University of British Columbia, 2006.

LEE, S. Y. D.; AROZULLAH, A. M.; CHO, Y. I. - Health literacy, social support, and health: a research agenda. **Social Science and Medicine.** , 58(7), 1309–1321.

LEE, T. W. *et al.* - Testing health literacy skills in older Korean adults. **Patient Education and Counseling.** , 75(3), 302–307.

LLOYD, L. L. J. *et al.* - A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities. **Health Promotion Practice.** , 7(3), 331–335.

LOOIJMANS-VAN DEN AKKER, I. *et al.* - Clinical effectiveness of first and repeat



influenza vaccination in adult and elderly diabetic patients. **Diabetes Care.** , 29(8), 1771–6.

MACLEOD, S. *et al.* - The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. **Geriatric Nursing.** , 38(4), 334–341.

MAINDAL, H. T. *et al.* - Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. **SpringerPlus.** ISSN 21931801 , 5(1). doi: 10.1186/s40064-016-2887-9.

MANCUSO, J. M. - Health literacy: a concept/dimensional analysis. **Nursing and Health Sciences.** , 10(3), 248–255.

MANGANELLO, J. A. - Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Education Research.** , 23(5), 840–847.

MURRAY, M. D. *et al.* - Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. **Clinical Pharmacology and Therapeutics.** ISSN 00099236 , 85(6), 651–658. doi: 10.1038/clpt.2009.7.

NAM, S. *et al.* - Barriers to diabetes management: patient and provider factors. **Diabetes Research and Clinical Practice.** , 93(1), 1–9.

NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A. M.; KINDIG, D. A. (EDS.) - Health literacy: a prescription to end confusion. . Washington, DC : Institute of Medicine. The National Academies Press, 2009.

NUTBEAM, D. - Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International.** , 15(3), 259–267.

NUTBEAM, D. - The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine.** , 67(12), 2072–2078.

NUTBEAN, N. - Health promotion glossary. **Health Promotion International.** , 1(1), 113–127.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES - Diabetes: Factos e Números: o ano de 2015: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. . Lisboa : Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. . Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015.

OSBORNE, R. *et al.* - The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health.** , 13(1).

PAASCHE-ORLOW, M. K.; MCCAFFERY, K.; WOLF, M. S. - Bridging the international divide for health literacy research. **Patient Education and Counseling.** ISSN 07383991 , 75(3), 293–294.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. - The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **American Journal of Health Behavior.** , 31(Suppl. 1), 18–26.

PAASCHE-ORLOW, Michael K. *et al.* - Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.** ISSN 1073449X , 172(8), 980–986. doi: 10.1164/rccm.200409-1291OC.

PAASCHE-ORLOW, Michael K.; WOLF, M. S. - The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **American Journal of Health Behavior.** ISSN 10873244 , 31(SUPPL. 1). doi: 10.5993/ajhb.31.s1.4.

PARKER, R. M. *et al.* - The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **Journal of General Internal Medicine.** , 10(10), 537–541.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. - Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva.** , 16(3), 471–481.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Retrato da saúde 2018. . Lisboa : Ministério da Saúde, 2018.

POVEY, R. C.; CLARK-CARTER, D. - Diabetes and healthy eating: a systematic review of the literature. **Diabetes Educator.** , 33(6), 931–959.

POZZILLI, P. *et al.* - The immune response to influenza vaccination in diabetic patients. **Diabetologia.** , 29(12), 850–854.

QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P. - Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** , 30(1), 35–46.

ROBBINS, J. M. *et al.* - Socioeconomic status and type 2 diabetes in African American and non-Hispanic White women and men: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **American Journal of Public Health**. ISSN 00900036 , 91(1), 76–83. doi: 10.2105/AJPH.91.1.76.

SAADDINE, J. B. *et al.* - Improvements in diabetes processes of care and intermediate outcomes: United States 1988-2002. **Annals of Internal Medicine**. , 144, 465–474.

SAYAH, F. AL *et al.* - Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**. , 28(3), 444–452.

SAYAH, Fatima AL; WILLIAMS, B. - An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. **Canadian Journal of Diabetes**. ISSN 14992671 , 36(1), 27–31. doi: 10.1016/j.jcjd.2011.08.001.

SCHILLINGER, D. *et al.* - Health literacy with diabetes outcomes. **JAMA**. , 288(4), 475–482.

SERRÃO, C.; VEIGA, S.; VIEIRA, I. - Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. **Portuguese Journal of Mental Health Nursing**. , 2(Special 2), 33–38.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. - Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**. , 87(1), 4–14.

SHRIVASTAVA, S. R. B. L.; SHRIVASTAVA, P. S.; RAMASAMY, J. - Role of self-care in management of diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**. , 12(1), 1.

SIDDIQUE, K. B. *et al.* - Diabetes knowledge and utilization of healthcare services among patients with type 2 diabetes mellitus in Dhaka, Bangladesh. **BMC Health Services Research**. , 17(1), 1–9.

SILVA, I. L. - Psicologia da diabetes. . Lisboa : Placebo Editora, 2010. (2ª ed.)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA - Definição, diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. . Lisboa : Sociedade Portuguesa Diabetologia, 2015.

SØRENSEN, K. *et al.* - Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Family Medicine**. , 36(8), 588–594.

SOUSA, M. J.; BAPTISTA, C. S. - Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios. . Lisboa : Pactor, 2014. (5ª ed.)

SPEROS, C. - Health literacy: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**. , 50(6), 633–640.

STELMACH, W. *et al.* - How education, income, control over life and life style contribute to risk factors for cardiovascular disease among adults in a post-communist country. **Public Health**. ISSN 00333506 , 119(6), 498–508. doi: 10.1016/j.puhe.2004.09.006.

STRUIJS, J. N. *et al.* - Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. **BMC Health Services Research**. , 6(1), e84.

SUDORE, R. L. *et al.* - Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. **Journal of the American Geriatrics Society**. , 54(5), 770–776.

TELLO, J.; BARBAZZA, E. - Health services delivery: a concept note: working document. . Copenhagen : World Health Organization. Health Services Delivery Programme. Regional Office for Europe, 2015.

TWICKLER, T. B. *et al.* - Low literacy and limited health skills require an answer in healthcare. **Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde**. , 153(33), 1629–1633.

VERAS, R. P. - Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**. , 46(6), 929–934.

WAGNER, C. VON *et al.* - Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. **Health Education and Behavior**. , 36(5), 860–877.

WANG, J.; SCHMID, M. - Regional differences in health literacy in Switzerland. . Zurich : Institute of Social and Preventive Medicine. University of Zurich, 2006.

WERBLOW, A.; FELDER, S.; ZWEIFEL, P. - Population ageing and health care expenditure: a school of «red herrings»? **Health Economics**. , 16(10), 1109–1126.

WHITE, R. O. *et al.* - Addressing health literacy and numeracy to improve diabetes education and care. **Diabetes Spectrum**. , 23(4), 238–243. doi: 10.2337/diaspect.23.4.238.Addressing.

WHITE, S.; CHEN, J.; ATCHISON, R. - Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. **American Journal of Health Behavior**. , 32(3), 227–

242.

WHITE, Sheida; CHEN, J.; ATCHISON, R. - Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. **American Journal of Health Behavior**. ISSN 1087-3244 , 32(3), 227–242.

WHO - European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. . Copenhagen : World Health Organization. Regional Office for Europe, 2015.

WHO - World Health Organization: governance. [Em linha]. Copenhagen : World Health Organization, 2016. [Consult. 28 out. 2019]. Disponível em WWW:URL:<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>.

WHO - Diabetes: Key facts. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2018. [Consult. 20 jan. 2020]. Disponível em WWW:URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

WONDAFRASH, D. Z. *et al.* - Potential effect of hydroxychloroquine in diabetes mellitus: a systematic review on preclinical and clinical trial studies. **Journal of Diabetes Research**. , 2020, e5214751.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. . Copenhagen : World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. - Elaborating a definition of health literacy: a commentary. **Journal of Health Communication**. , 8(Supp 1), 119–120.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. - Understanding health literacy: an expanded model. **Health Promotion International**. , 20(2), 195–203.



## ANEXO I

### AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

**Maria Manuela Calado Marques**

**De:** Ricardo Miguel Farinha Lopes  
**Enviado:** sexta-feira, 20 de abril de 2018 16:52  
**Para:** Maria Manuela Calado Marques  
**Cc:** Isabel Alexandra Peres Lourenco; Maria João Correia Cavaco Reis Alves  
**Assunto:** Autorização para aplicação de questionário - Literacia em Saúde  
**Anexos:** Pedido Autorização Literacia em saúde.pdf; Health Literacy Questionnaire\_Descrição.pdf; 1471-2458-13-658.pdf

Comunicação ao PP.  
Comunicação às USSCs pro-  
prio aplicação do instrumento  
pelo Inf Ricardo Lopes.  
2018/05/10 José Tenente

Exame despacho no  
Documento anexo  
2018/05/04

Mª Manuela Calado Marques  
Enfermeira, Diretora  
Direção de Saúde Santa Casa

Tânia Matos  
Diretora  
Direção de Saúde Santa Casa

Boa tarde,

Envio em anexo o documento relacionado com realização de um estudo sobre o tema "Literacia em saúde no utente diabético tipo 2" nas Unidades de Saúde da Santa Casa Misericórdia de Lisboa" com aplicação de um questionário.

Envio também um ficheiro fornecido pela minha opriendadora com a descrição do HQL. A Faculdade não pode disponibilizar o instrumento na integra a entidades que não estejam ao abrigo das licenças que foram assinadas com a Deakin University.  
É explicado no documento em anexo.

Obrigado

Cumprimentos,

**Ricardo M. F. Lopes**

Enfermeiro em Funções de Chefia  
Recolhimentos da Capital e Mitra - Polo de Inovação Social  
Email: ricardo.lopes@scml.pt  
T.:927411923

Enfermeiro na U.S. Santa Casa Castelo/NC  
T.:927411923

**SANTA  
CASA**  
Associação de Utilizadores de Saúde

Ricardo M. F. Lopes

N.º Mec. 88773

T. 964169751

**Assunto:** Realização de um estudo sobre o tema "Literacia em saúde no utente diabético tipo 2" nas Unidades de Saúde da Santa Casa Misericórdia de Lisboa.

Manuela Marques  
Enfermeira Diretora  
Direção de Saúde Santa Casa

Fevereiro de 2018

Exm<sup>o</sup>/a Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>,

A literacia em saúde é uma área de contornos complexos e de grande interesse, uma vez que compreende o conjunto de competências sociais e cognitivas e o grau de compreensão para o uso dessa mesma informação. Os esforços de educação para a saúde são mais eficazes quando os seus conteúdos são direcionados especificamente para a pessoa ou grupo populacional. É por isso uma importante área de pesquisa e intervenção, bem como a identificação de lacunas no entendimento atual dos caminhos que ligam a literacia e saúde.

Constituindo a diabetes mellitus tipo 2 uma doença altamente dependente da capacidade do indivíduo para a autogestão da doença, o nível de literacia em saúde dos doentes e a responsabilidade dos profissionais e serviços a essas competências têm sido amplamente enfatizadas. A Escola Nacional de Saúde Pública, em colaboração com a Deakin University, está a desenvolver um projeto orientado para a caracterização das necessidades dos doentes, profissionais e serviços nesta área, para posterior desenvolvimento de propostas e planos de intervenção. Neste projeto, estão integrados alguns trabalhos conducentes à elaboração de duas dissertações de Mestrado em Gestão da Saúde, entre os quais a minha tese e de uma tese de Doutoramento em Saúde Pública.

Assunto	Realização de um estudo sobre o tema "Literacia em saúde no utente diabético tipo 2" nas Unidades de Saúde da Santa Casa Misericórdia de Lisboa.
Classif.	
Encontro	2203
Data	26 04 2018
Assinatura	Ricardo

À Diretora da DSSC com a  
minha concordância. O Enfe  
Ricardo Lopes está a fazer  
o Mestrado em saúde da  
Escola Nacional de Saúde  
Pública. A seu respeito está  
pretensão comprometo-me a  
divulgar às USSC a aplicação  
do inquérito. 2018/05/04



Tratando-se as Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia particularmente vocacionadas para populações vulneráveis e sujeitas a situações de iniquidade, seria uma excelente oportunidade contar com a colaboração destas unidades para o processo de avaliação de necessidades. Este processo implica a administração de questionários aplicados a utentes, questionário em desenvolvimento.

---

Colocamo-nos desde já à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que sejam necessários.

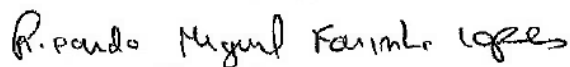
---

Toda a informação recolhida é confidencial e será garantido o anonimato das respostas por via do seu tratamento estatístico.

Agradecemos desde já a colaboração prestada, reiteramos o pedido de celeridade na resposta a este email.

Com os melhores cumprimentos.

Atentamente

  
Ricardo Lopes

(Enf. USSCCastelo/NC)

N.º Mec. 88773

## ANEXO II

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

#### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO - Adaptação Transcultural do Questionário de Literacia em Saúde

Eu \_\_\_\_\_ (nome completo), declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas.

Desta forma, declaro que:

- Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, unicamente para esta investigação, sendo garantida o anonimato e confidencialidade.
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária;
- Fui informado que a minha participação neste estudo não me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Compreendi que posso desistir quando desejar, não sendo de forma alguma comprometidos os futuros cuidados que receberei dos profissionais de saúde.
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O Participante \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

## ANEXO III

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

#### Questionário sociodemográfico e de saúde

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. O seu nível de escolaridade:

- Até ao 4º ano ☐
- Até ao 9º ano ☐
- Até ao 12º ano ☐
- Curso Superior ☐

4. Situação laboral:

- Trabalhador(a) ☐
  - Reformado(a) ☐
  - Desempregado ☐
  - Doméstica ☐
  - Estudante ☐
  - Outra ☐
- Qual? \_\_\_\_\_

5. Situação conjugal

- Casado(a)/ União de Facto ☐
- Divorciado (a)/Separado(a) ☐
- Solteiro(a) ☐
- Viúvo(a) ☐

6. Vive com (assinale uma ou mais opções):

- Pai e/ou mãe ☐
- Companheiro(a)/Cônjuge ☐
- Irmão(ã) ☐
- Filho(a) ☐
- Neto(a) ☐
- Sozinho(a) ☐
- Outros: \_\_\_\_\_

Por favor continue na página seguinte

**As próximas perguntas são relativas à sua saúde e à diabetes**

7. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

8. Quando foi diagnosticada a diabetes? \_\_\_\_\_ Tipo de Diabetes? \_\_\_\_\_

9. Qual o seu valor de HbA1c \_\_\_\_\_ data da realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10. Tem alguma doença associada à diabetes, respetivamente:

- |                                  |                              |                              |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Problemas nos olhos            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| • Problemas rins                 | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| • Problemas nos pés              | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| • Problemas vasculares e coração | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| • Outros ?                       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| • Quais _____                    |                              |                              |

11. Nos últimos 12 meses teve algum internamento hospitalar relacionado com a diabetes:

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu **sim**, indique por favor:

- n.º de internamentos: \_\_\_\_\_
- n.º de dias de internamento: \_\_\_\_\_

12. Nos últimos 12 meses, quantas consultas médicas teve relacionadas com a diabetes:

- N.º Consultas com o Médico de Família/ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_
- N.º de consultas com o médico especialista em Diabetes: \_\_\_\_\_
- N.º Consultas no com médicos de diferentes especialidades:
  - Oftalmologia (Médico dos olhos): \_\_\_\_\_
  - Cardiologista (Médico do coração): \_\_\_\_\_
  - Nefrologista (Médico dos rins): \_\_\_\_\_
  - Outro: \_\_\_\_\_
- N.º de consultas com outros profissionais de saúde:
  - Enfermeira(o) \_\_\_\_\_
  - Nutricionista(o) \_\_\_\_\_
  - Pedóloga(o) \_\_\_\_\_
  - Outro \_\_\_\_\_

13. No último ano fez a vacina da gripe?

Sim ☐ Não ☐

**Muito obrigada pela sua colaboração**

**ANEXO IV**  
**QUESTIONÁRIO HLQ**



**Participante Nº \_\_\_\_\_**

## **Questionário para a compreensão da Saúde e Cuidados de Saúde**

Obrigado pelo tempo que vai dedicar a completar este questionário.

Esperamos que os resultados nos ajudem a melhorar o modo como proporcionamos cuidados à nossa comunidade

Queremos compreender como encontra, o que percebe e como utiliza a informação sobre saúde, e como gere a sua saúde e se relaciona com os médicos e outros profissionais de saúde.

Neste questionário, o termo **profissional de saúde** refere-se a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e quaisquer outros profissionais de saúde que procura para obter conselhos ou tratamento.

The Health Literacy Questionnaire (HLQ). © Copyright 2014 Deakin University. Authors: Richard H Osborne, Rachelle Buchbinder, Roy Batterham, Gerald R Elsworth. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: HLQ- [info@deakin.edu.au](mailto:info@deakin.edu.au)

---

### Informação sobre este questionário e como preenchê-lo

Este questionário é constituído por duas partes.

Na 1ª Parte é-lhe perguntado em que medida **discorda** ou **concorda** com um conjunto de afirmações.

Na 2ª Parte é-lhe pedido que indique quanto considera **difícil** ou **fácil** um conjunto de tarefas.

Para cada afirmação ou tarefa, **assinale a opção que melhor o(a) descreve neste momento.**

Por favor certifique-se que **assinale uma opção** para cada afirmação ou tarefa.

### Exemplo

	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
A Terra é plana	X			

---

A Sra Joana Silva indicou que **discorda muito** desta afirmação.

---

### 1ª Parte do questionário começa aqui

Por favor indique o quanto **discorda** ou **concorda** com cada uma das seguintes afirmações

Não se esqueça de assinalar **apenas uma opção.**

Assinale a sua opção assim: ✕		Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
1	Sinto que tenho boa informação sobre saúde				
2	Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem				
3	Eu posso ter acesso a várias pessoas que me compreendem e me apoiam				
4	Comparo informação sobre saúde de diferentes origens				
5	Quando me sinto doente as pessoas à minha volta percebem realmente o que estou a passar				
6	Passo bastante tempo a cuidar ativamente da minha saúde				
7	Quando vejo nova informação sobre saúde, verifico se é ou não verdadeira				

### Continuação da 1ª Parte

Por favor indique o quanto discorda ou concorda com cada uma das seguintes afirmações.

Não se esqueça de assinalar apenas uma opção

Assinale a sua opção assim: ✕		Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
8	Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso conversar sobre os meus problemas de saúde				
9	Faço planos sobre o que eu preciso de fazer para ser saudável				
10	Tenho informação suficiente para me ajudar a lidar com os meus problemas de saúde				
11	Se precisar de ajuda, tenho bastantes pessoas em quem posso contar				
12	Comparo sempre a informação sobre saúde de diferentes origens e decido qual a melhor para mim.				
13	Apesar de outras coisas na minha vida, arranjo tempo para ser saudável				
14	Estou certo(a) que tenho toda a informação que preciso para gerir a minha saúde de uma forma eficaz				
15	Tenho pelo menos uma pessoa que pode ir comigo às consultas médicas				
16	Sei como posso descobrir se a informação de saúde que encontro é correta ou não				
17	Tenho os profissionais de saúde que preciso para me ajudarem a perceber o que tenho de fazer				
18	Estabeleço os meus próprios objetivos de saúde				
19	Tenho um forte apoio da minha família e amigos				
20	Quando encontro informação sobre saúde pergunto aos profissionais de saúde qual a sua qualidade				
21	Há coisas que eu faço regularmente para me tornar mais saudável				
22	Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso contar				
23	Tenho toda a informação de saúde que necessito para cuidar da minha saúde				

Por favor continue na página seguinte



**A 2ª Parte do questionário começa aqui**

Por favor indique o quanto considera **difícil** ou **fácil** desempenhar as seguintes tarefas **neste momento**. Não se esqueça de assinalar apenas **uma** opção para cada afirmação.

Assinale a sua opção assim: ✖		Não consigo ou faço com muita dificuldade	Geralmente é difícil	As vezes é difícil	Geralmente é fácil	E sempre fácil
1	Encontrar os cuidados de saúde adequados					
2	Assegurar que os profissionais de saúde compreendem corretamente os seus problemas					
3	Encontrar informação sobre problemas de saúde					
4	Sentir-se capaz de conversar as suas preocupações de saúde com um profissional de saúde					
5	Ter confiança a preencher os formulários médicos da forma correta					
6	Encontrar informação sobre saúde em vários locais diferentes					
7	Ter boas conversas sobre a sua saúde com médicos					
8	Conseguir ser atendido(a) pelos profissionais de saúde que precisa					
9	Seguir devidamente as instruções dos profissionais de saúde					
10	Obter informação sobre saúde para se manter atualizado(a) com a melhor informação					
11	Decidir que profissional de saúde necessita ver					
12	Ler e compreender informação escrita sobre saúde					
13	Ter a certeza que encontra o lugar certo para obter os cuidados de saúde que necessita					

**Por favor continue na página seguinte**

The Health Literacy Questionnaire (HLQ). © Copyright 2014 Deakin University. Authors: Richard H Osborne, Rachelle Buchbinder, Roy Batterham, Gerald R Elsworth. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: HLQ-info@deakin.edu.au



---

### Continuação da 2ª Parte

Por favor indique o quanto considera **difícil** ou **fácil** desempenhar as seguintes tarefas neste momento.

Não se esqueça de assinalar apenas **uma** opção para cada afirmação.

Assinale a sua opção assim: <input checked="" type="checkbox"/>		Não consigo ou faço com muita dificuldade	Geralmente é difícil	Às vezes é difícil	Geralmente é fácil	É sempre fácil
14	Obter informação sobre saúde em palavras que perceba					
15	Conversar coisas com os profissionais de saúde até compreender tudo o que precisa					
16	Descobrir quais os serviços de saúde a que tem direito					
17	Ler e compreender toda a informação nas embalagens dos medicamentos					
18	Obter informação sobre saúde por si próprio (a)					
19	Perceber quais são os melhores cuidados para si					
20	Colocar questões aos profissionais de saúde para obter a informação sobre saúde que precisa					
21	Compreender o que os profissionais de saúde lhe estão a pedir para fazer					

**Obrigado por ter completado este questionário.**